

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 119

Le
Rôle des Émotions

dans les
Asthénies de Guerre

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean SÉGALA

Né à Cahors, le 19 Mars 1892

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^{te} BONNET

2, Rue Roméguières, 2

—
1920

Le
Rôle des Émotions
dans les
Asthénies de Guerre

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 119

Le
Rôle des Émotions

dans les

Asthénies de Guerre

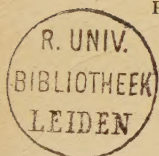
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Jean SÉGALA

Né à Cahors, le 19 Mars 1892

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^o BONNET

2, Rue Romiguières, 2

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
	ROQUE
Cliniques chirurgicales.....	BARD
	TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BERARD
Clinique ophtalmologique.....	FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	ROLLET
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants.....	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes.....	WEIL
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie.....	POLLOSSON (A.)
Chimie biologique.....	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie.....	HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique.....	MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREAU
Anatomie.....	GUIART
Anatomie générale et Histologie.....	X...
Physiologie.....	POLICARD
Pathologie interne.....	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	COLLET
Anatomie pathologique.....	MOURIQUAND
Médecine opératoire.....	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée.....	POLLOSSON (M.)
Médecine légale.....	ARLOING (F.)
Hygiène.....	ETIENNE MARTIN
Thérapeutique.....	COURMONT (P.)
Pharmacologie.....	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR	—
Embryologie.....	LATARJET	—
Anatomie topographique.....	PATEL	—
Botanique.....	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	DURROUX	ROUBIER id.
LATARJET	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. LÉPINE, Président ; LANNOIS, Assesseur.

MM. MOURIQUAND et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MERE

Modeste témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A MA SŒUR

Affectueux témoignage d'inaltérable dévouement.

A LA MÉMOIRE

Du Capitaine Pierre DAUMET

Du 412^e rég. d'infanterie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,

Blessé mortellement à la tête de son bataillon,
le 20 août 1917, à l'attaque de la côte 344.

A LA MÉMOIRE

**De mes Camarades de l'École du Service
de Santé Militaire**

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

Au Docteur P. VOIVENEL

(Médecin major de 1^{re} classe de réserve),
Chevalier de la Légion d'honneur (7 citations).

Il guida nos premiers pas dans l'étude de la médecine. Sa parole chaude, sa phrase imagée, pétillante d'esprit et de franche gaieté, nous fit aimer à la fois la leçon et le maître

Successivement médecin de bataillon, médecin chef d'une ambulance divisionnaire et médecin expert auprès d'un Conseil de guerre aux armées, nous devons à son amitié le résultat de ses observations personnelles qui ont servi de base à notre modeste travail.

Qu'il reçoive ici l'expression sincère de notre reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J. LÉPINE

Professeur de clinique des maladies nerveuses
et mentales

Il nous a accueilli avec bienveillance et a orienté nos recherches ; nous le prions de vouloir bien agréer nos remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Avant 1914, il existait déjà une « psychiatrie de guerre », quoique fort sommaire, en vérité; Régis, dans son ouvrage classique, au chapitre étiologie, paragraphe : Evénements politiques, révolutions, guerres, résume la question qui, comme on va le voir, n'avait pas encore pris une grande importance à ce point de vue spécial :

« L'influence des guerres, dit-il, sur l'aliénation mentale, a commencé d'être sérieusement étudiée dans les dernières campagnes hispano-américaine, transvalienne et russo-japonaise. Contrairement à l'opinion de Savage, pour qui la guerre abaisse plutôt qu'elle n'élève les cas de folie, en fournissant une dérivation à l'esprit, Clay Shaw, Richardson, Jacoby, Jacoubovitch (1907), Ermakow (1911), estiment que c'est là un facteur important de psychopathies, agissant soit par voie directe, soit en renforçant d'autres causes telles que hérédité, dégénérescence, alcoolisme, paludisme, insolation, maladies incidentes diverses, syphilis, etc.... »

Or, la durée de la guerre actuelle, la multiplicité

des cas, la création des centres de psychiatrie d'armée ou de l'intérieur, le concours des plus hautes compétences du pays dans cette catégorie spéciale des invalidités de guerre, ont permis la publication de très nombreux travaux, au premier plan desquels il faut citer ceux de :

Régis, J. Lépine, Dupré, Rogues de Fursac, Gilbert Ballet, Léri, Roussy, Dumas, Devaux et Logre, Mairet et Pieron, Raymond Mallet, Huot et Voivenel, etc...

Ces travaux revêtent, au début de la guerre, un caractère de complexité extrême, à cause de l'importance discordante donnée suivant les uns au « syndrome commotionnel » (Mairet et Pieron) et, suivant les autres, au syndrome émotionnel (Gilbert, Ballet et Rogues de Fursac); il y avait, en réalité, à cette époque, une mauvaise différenciation entre ces deux syndromes, les uns appelant commotionnel ce que les autres nommaient émotionnel, et ceci se conçoit d'autant mieux, si l'on songe que l'obus, cause initiale des troubles psychiques, pouvait produire commotion ou émotion, souvent les deux à la fois.

Il faut arriver aux dernières années de la guerre pour voir s'établir une différenciation très nette entre la commotion et l'émotion.

Nous pouvons signaler, comme travaux fondamentaux à ce sujet, ceux de J. Lépine, sur la « Commotion des centres nerveux par explosion » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 4 juillet 1916), où il assimile la commotion, abstraction faite de la

commotion labyrinthique, à la maladie des saisons, par l'augmentation de pression et la brusque décompression qu'elle produit; l'ouvrage de Léri sur les commotions et émotions de guerre; les communications de Raymond Mallet à la Société médico-psychologique, en 1918-1919.

Et c'est ainsi qu'on est arrivé à établir dans les troubles mentaux de guerre, la part nettement distincte qui revenait à la commotion ou à l'émotion et, en particulier, que Léri, dans son ouvrage, a pu faire le tableau clinique du pur émotionné.

Enfin s'établit, en particulier sous l'influence des travaux de J. Lépine, de Huot et Voivenel, le rôle non seulement des grosses émotions que l'on avait pu confondre avec les commotions, mais aussi et très souvent, celui des petites émotions renouvelées créant « l'anaphylaxie émotive ».

Nous voudrions limiter notre sujet, d'une part à l'émotion seule comme cause, d'autre part à l'asthénie, c'est-à-dire à la fatigue organo-psychique comme conséquence.

Nous verrons dans l'étude du sujet deux tendances qui ont été de tout temps en lutte en psychiatrie; la première donnant une importance presque exclusive à l'hérédité et aux causes prédisposantes (constitution émotive de Dupré); la deuxième qui a fait de sérieux progrès pendant la guerre, donnant de plus en plus d'importance aux « causes occasionnelles ». Le professeur J. Lépine écrit, en effet, dans l'introduction de ses « Troubles mentaux de guerre »; « Dans la vie normale beau-

coup de troubles mentaux dépendent d'une prédisposition originelle. Or, plus nous allons et plus nous constatons dans cette guerre que la prédisposition perd de sa valeur et que les circonstances occasionnelles apparaissent, au contraire, comme le véritable facteur du trouble mental. »

L'étude de l'émotion de guerre va nous confirmer ce qu'écrivait déjà en 1917 le professeur J. Lépine : « Nous trouverons d'un côté, en effet, des gens chez qui, pour expliquer l'action anormale et intense des émotions, nous devons invoquer la prédisposition émotive (constitution émotive de Dupré), mais en revanche quantité d'autres, qui semblent n'avoir jamais présenté de troubles émotionnels antérieurs à ceux que la guerre a créés et développés chez eux. »

Nous étudierons successivement :

- 1° L'historique ;
 - 2° Le rôle des causes prédisposantes psychiques et organiques ;
 - 3° Le rôle des émotions ;
 - 4° Les syndromes cliniques appuyés d'observations ;
 - 5° L'importance médico-légale militaire de la question. Prophylaxie et traitement ;
 - 6° Conclusions.
-

Historique.

Déjà, avant Dupré, Pinel, Esquirol, Georget, Guislain, avaient remarqué d'une part, le rôle des émotions dépressives dans l'étiologie de la folie, d'autre part, le rôle de la prédisposition émotive que Broussais, dans son « Traité de l'Irritation », appelle l'excessive irritabilité de l'encéphale. « Les causes morales, dit-il, ont de l'action, mais on est forcé d'admettre une prédisposition chez les individus auxquels toutes ces causes occasionnent la folie. Cette prédisposition ne peut tenir qu'à l'excessive irritabilité de l'encéphale, ou bien à son développement vicieux. »

En 1873, Griesinger, dans son « Traité des maladies mentales », écrivait cette phrase où nous trouvons la racine de bien des idées du professeur Dupré : « C'est la constitution tantôt congénitale, tantôt acquise, que nous ne pouvons pas reconnaître anatomiquement, mais que la physiologie nous permet de bien apprécier, qui prédispose essentiellement aux maladies mentales; c'est la constitution nerveuse, c'est cet état du système nerveux cen-

tral que l'on pourrait définir une disproportion entre la réaction et l'irritation. »

En 1909, aux discussions de la Société de Neurologie, la plupart des psychiatres sont d'accord pour attribuer un rôle secondaire à l'émotion et pour mettre au premier plan celui de la prédisposition ; Régis expose que la « diathèse individuelle » a la préférence marquée des psychiatres, et Dupré met en relief les idées qui président à l'éclosion de la « constitution émotive ».

C'est donc le dogme de l'hérédité qui semble avoir été fortifié au point de vue psychiatrique par les guerres précédant la guerre actuelle.

En effet, après les événements de 1848 et 1870-1871, Brierre de Boismont et Legrand du Saulle affirmèrent que les bouleversements publics « révèlent les maladies préexistantes » le dernier écrivant cette phrase saisissante : « L'orage frappe seulement les têtes recommandées. »

A la suite de la guerre russo-japonaise, mêmes conclusions, Pavlovskaja, Rybakoff, Hermann, Wladyczko insistant sur l'importance prédominante de l'hérédité, à laquelle toutefois Serbski et Cygelstreich laissent un rôle secondaire.

Au cours de la guerre actuelle et au début, en 1915 et 1916, c'est l'hérédité qui tient le haut bout, tous les travaux étant influencés par les idées de Dupré sur la constitution émotive; mais peu à peu le rôle des causes occasionnelles de guerre et en particulier de l'émotion, fut de plus en plus accepté, et en 1917, lorsque les trois Sociétés de cli-

nique mentale, psychiatrie et médico-psychologique se réunirent sous la présidence du sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, la plupart des assistants furent d'avis que : « La désintégration de la synthèse mentale pouvait être provoquée subitement par une émotion revêtant un caractère particulier d'intensité. »

C'était donc admettre le rôle de « l'émotion choc » suffisante à elle seule à créer un syndrome mental, sans qu'on éprouve le besoin d'invoquer la préparation héréditaire; ce rôle de l'émotion choc n'était, d'ailleurs, avant la guerre, déjà plus discuté en psychiatrie, et Régis, dans son chapitre étiologique signale le rôle « du choc émotif ou émotion choc, sur un certain nombre de formes morbides, notamment dans les états maniaques et mélancoliques et dans les états obsédants où nous en avons, dit-il, déjà montré en 1902, avec Pitres, l'influence prépondérante ».

En 1917, donc, le rôle de l'émotion, surtout de l'émotion choc était bien établi; il demeurerait bien entendu qu'elle agissait d'autant plus activement que l'émotivité préalable du sujet était plus grande, et en particulier que ce dernier était atteint de constitution émotive; il pouvait être encore un déficient héréditaire, dont l'émotivité était devenue morbide et à ce sujet le professeur J. Lépine dit, dans son ouvrage : « Ces cas sont d'ordre pathologique. Toujours, parmi ceux que j'ai vus ou qui ont été publiés, on retrouve, soit une grosse tare mentale héréditaire ou acquise (alcoolisme chro-

nique, syphilis ancienne avec affaiblissement cérébral), soit un fait de guerre (blessure ou commotion). Ainsi ce ne serait, dans ce dernier cas, que l'exagération de l'émotivité générale accrue que nous avons signalée déjà chez les anciens blessés et commotionnés. »

Nous pouvons donc ajouter à la notion de l'émotivité *préalable*, celle de l'émotivité *consécutive*.

*
**

Il restait un point extrêmement important à constater : c'était l'influence des petites émotions *continuellement renouvelées* ; elles donnaient naissance la plupart du temps à des phénomènes d'asthénie physique et psychique souvent pure ; ceux-ci pouvaient passer inaperçus dans les centres de psychiatrie d'armée, où n'aboutissaient que les grands malades mentaux, au sujet desquels on le conçoit facilement, la tare héréditaire était plus visible.

Ce sont les médecins de régiment, vivant en contact perpétuel avec les hommes fatigués par la série indiscontinue des petites émotions, qui ont mis en évidence leur rôle ; dans sa remarquable communication à la Société médico-psychologique, sur « La peur morbide acquise » (*Annales Médico-psychologiques*, mars 1918), le docteur P. Voivenel disait :

« La fréquence des états mentaux francs, aigus et guérissables, oblige les aliénistes les plus conser-

vateurs, à admettre l'importance de plus en plus grande des causes occasionnelles, *qui paraissent dans nombre d'observations, être le seul facteur étiologique des troubles de l'esprit.* »

Après avoir souligné l'importance de la grande observation psychiatrique, « grands malades mentaux », il dit que l'on n'a pas fait une assez large part à la médico-psychologie, aux « petits psychiques ».

Le rôle de la Médico-psychologie, dit-il, risquera de nous être d'autant plus précieux, que si les causes occasionnelles seules peuvent créer *la maladie mentale* chez le sujet normal, il faut, à plus forte raison, admettre que — et beaucoup plus fréquemment — elles développent des états intermédiaires entre la raison et la folie, dont l'étude peut être d'un bien grand intérêt.

Pour bien étudier ces cas, pour délinéer nettement ce que — par analogie avec le « petit brighisme » et le « petit hépatisme » — nous pourrions appeler *le petit mentisme* (caractérisé par la baisse de la tension nerveuse, le défaut de *présentification* ou *d'immédiatisme*, c'est-à-dire d'adaptation immédiate au réel, signature de la souplesse nerveuse; la faiblesse de réduction et des images et des réactions polygonales; l'irrégularité de l'hydrodynamisme énergétique allant du plus au moins, de l'impulsion à l'aboulie; l'instabilité neuro-circulatoire), il faut vivre, non pas tant avec les malades qu'avec ceux qui sont sur le point de le devenir.

Le régiment est une école d'observation exceptionnelle : on étudie sur soi l'effet des émotions; on l'étudie d'autant mieux sur les autres qu'on vit avec eux, plus intimément encore qu'un infirmier ne vit avec ses malades. Manger à la même table, lutter côte à côte, peiner sur le même coin de terre, coucher sur la même paille, quelle surveillance psychologique !... et qui vaut, je pense, quoique privée de chronoscopes et de tout l'admirable attirail de la psychologie expérimentale de laboratoire. On note ainsi sur *le sujet normal*, réactif de choix, les effets du surmenage émotionnel, non seulement les effets des émotions violentes, mais aussi ceux des petites émotions indéfiniment renouvelées.

Et c'est ainsi qu'on s'aperçoit que l'homme ne s'habitue pas aussi facilement qu'on l'a écrit à cette vie anormale, et qu'après l'accoutumance il finit par faire de *l'anaphylaxie émotionnelle*; c'est ainsi que le médecin peut éclairer le commandement sur la constitution organo-psychologique du courage et l'aider à perfectionner la culture de cette exubérance d'énergie qu'est l'esprit offensif; c'est ainsi qu'il peut donner la formule de certains maux, expliquer pourquoi une troupe admirable à midi peut d'autant mieux flancher le soir, qu'elle a été plus admirable; montrer pourquoi les volontés tendues ont leurs « coups de fouet » comme précisément les muscles d'athlète, pourquoi (pour employer un terme sportif très expressif) elles « se claquent »; c'est ainsi, enfin, qu'il peut observer les lois de l'énergétisme nerveux qui nécessitent, non

seulement le repos physique, l'hygiène alimentaire, mais encore et surtout *le repos émotionnel.* »

*
**

Nous venons de parcourir rapidement la carte des diverses idées qui ont coloré la psychiatrie et la médico-psychologie de guerre.

Nous n'avons signalé, dans ce chapitre, que les principales idées et les principaux travaux; et cela est déjà suffisant pour que nous voyons en quelque sorte imposé, par l'évolution même de cette science de guerre, le plan que nous avons tracé à la fin de notre introduction :

Le rôle de la prédisposition marquant les préoccupations des aliénistes pendant les premières années de la guerre, le rôle de la grande et des petites émotions renouvelées, marquant les préoccupations des aliénistes des dernières années de la guerre.

Le rôle des causes prédisposantes, psychiques et organiques.

Dans tous les états mentaux quels qu'ils soient, depuis les vésanies pures, jusqu'au plus léger trouble de l'affectivité, il est un dogme que la guerre n'a pas ébranlé, c'est que l'hérédité, selon l'expression de Trélat, est « la cause des causes ».

Le champ de l'hérédité est extrêmement vaste, et ses modalités extrêmement variées; il faut entendre, en effet, par hérédité, non seulement l'hérédité vésanique, mais encore l'hérédité cérébrale, l'hérédité névrosique, l'hérédité toxique, etc.....

Pour ce qui nous concerne en particulier, il faut faire jouer un très grand rôle à l'hérédité nerveuse altérant l'émotivité. Ce rôle ne saurait d'ailleurs jamais trop être souligné, car il semble bien admis aujourd'hui que les vésanies elles-mêmes sont essentiellement des troubles de l'affectivité. De nombreux travaux, parmi lesquels il faut surtout signaler ceux de Chaslin, Séglas, Masselon, Pitres et Régis, ont établi l'influence prépondérante dans la plupart des psychoses des troubles primitifs de

la cœnesthésie : le ton vital, le ton affectif du sujet est d'abord modifié, et les idées délirantes ne sont souvent que l'intellectualisation des troubles affectifs primitifs. C'est ainsi que, par exemple, à la suite des travaux de Pitres et Régis, il n'est plus nié par personne que l'obsession ne soit, la plupart du temps, que l'intellectualisation d'une phobie.

Le rôle de l'affectivité dans le cas qui nous intéresse a été magistralement mis en lumière par le professeur E. Dupré, dont les idées sur la constitution émotive sont devenues classiques depuis cette guerre. Le magnifique monument que le maître parisien a élevé dans ce trouble héréditaire de l'émotivité, s'est peu à peu construit depuis sa participation aux discussions de 1909 à la Société de Neurologie.

Sans en chercher les accroissements successifs depuis cette époque, il nous suffira de signaler ici la thèse d'un de ses élèves, M. Fourcade, consacrée à l'étude de la constitution émotive, et de résumer les idées du professeur Dupré d'après un chapitre de sa leçon inaugurale sur les « Déséquilibres constitutionnels du système nerveux ».

Cette leçon inaugurale a été publiée dans le *Paris Médical* du 11 janvier 1918, et voici ce qu'il y est dit au sujet de la constitution émotive :

« J'ai proposé depuis près de dix ans, dit Dupré, d'individualiser sous le nom de « constitution émotive », un mode particulier de déséquilibre du système nerveux, caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité générale, sensorielle et psychique,

par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent.

« L'hyperémotivité, normale chez le nourrisson, très fréquente chez l'enfant (nervosisme infantile des anciens pédiatres) disparaît chez l'adulte, par le développement progressif des voies d'inhibition, qui assurent l'équilibre et la stabilité du système nerveux. Le plus souvent constitutionnelle et d'origine héréditaire, l'émotivité morbide peut être acquise et relever de causes pathogènes; infectieuses, toxiques et surtout traumatiques (commotions et émotions intenses ou répétées). L'émotion, en effet, sensibilise souvent le système nerveux vis-à-vis des émotions ultérieures, et par une sorte d'anaphylaxie émotive, peut créer l'émotivité constitutionnelle.

« A l'opposé de ces cas, on peut observer, chez des sujets bien équilibrés, une accoutumance progressive à toute une série d'émotions, conférant ainsi par la répétition même des chocs affectifs, une remarquable immunité émotive.

« La constitution émotive se caractérise par une double série de signes permanents, physiques et psychiques :

« 1° *Signes physiques.* — Vivacité diffuse de la réfectivité tendineuse, cutanée, pupillaire. Hyperesthésie sensorielle, avec réactions motrices

vives, étendues et prolongées, principalement dans le domaine mimiqué et vocal.

« Déséquilibre moteur : spasmodicité viscérale, pharyngocœsophagienne, gastro-entérospasme, cystospasme avec pollakiurie, palpitations. Tremblement émotif sous ses multiples aspects : trémulation des extrémités, tressaillements, tressautements, sursauts, frissonnements, claquements de dents, bégaiements; myoclonie passagère, tics, etc...

« Inhibitions fonctionnelles et impotences motrices transitoires : dérobement des jambes, mutisme, relâchement des sphincters.

« Déséquilibre circulatoire : tachycardie occasionnelle, souvent permanente et paroxystique; instabilité du pouls. Alternatives de vaso-constrictions, et de vaso-dilatations périphériques; dermographisme. Les rapports de ces troubles circulatoires, principalement de la tachycardie permanente, dont la guerre a multiplié les exemples, avec certaines formes d'hypertension artérielle, restent à déterminer surtout chez des sujets indemnes d'artério-sclérose et de lésions rénales.

« Déséquilibre thermique : variations objectives, appréciables à la thermométrie locale et sensations subjectives de chaleur et de refroidissement, principalement aux extrémités.

« Déséquilibre glandulaire : variations spontanées et provoquées par les chocs émotifs, des sécrétions sudorales, solivaires, lacrymales, gastro-intestinales, urinaires, génitales, biliaires.

« Troubles de la réflexivité interviscérale par as-

sociation, dans le domaine des grands appareils, de spasmes, de troubles sécrétoires, d'excitations ou d'inhibitions fonctionnelles déterminées par des réactions réflexes anormales s'exerçant d'un organe sur un autre, le long des voies vago-sympathiques ou cérébro-spinales.

« 2° *Signes psychiques.* — Impressionabilité, énervement, inquiétude, anxiété, irritabilité, impulsivité. Plus ou moins continus ou rémittents, souvent paroxystiques, ces états morbides alternent ou s'associent entre eux et constituent un fond permanent, un terrain sur lequel apparaissent et se développent les syndromes émotifs : timidité, scrupules, doutes, obsessions, phobies, états anxieux simples ou délirants, angoisses, anomalies émotives psycho-sexuelles. Dans les cas plus graves, apparaissent des accès de mélancolie anxieuse, des états obsédants chroniques avec passage aux délires incurables d'auto-accusation, d'hypochondrie, de négation. L'émotivité constitutionnelle, qui peut s'allier d'ailleurs aux états normaux ou supérieurs de l'esprit et de l'affectivité, s'associe fréquemment à d'autres états morbides dégénératifs : débilité ou déséquilibre de l'intelligence, des sentiments et de la volonté; anomalies variées de la sensibilité viscérale, de la motilité ou de la nutrition.

« La psychonévrose émotive se distingue nettement de la neurasthénie et de l'hystérie, avec lesquelles elle présente d'intéressants rapports d'association et de succession.

« La neurasthénie, psychonévrose d'épuisement, constitutionnelle ou acquise favorise l'émotivité et aggrave ses manifestations; et inversement, l'émotivité, dans ses formes graves, peut provoquer, par l'épuisement secondaire du système nerveux, l'apparition des signes de la série neurasthénique : céphalée, insomnies, fatigabilité, troubles digestifs, etc..., etc...

« L'hystérie, psychonévrose de suggestion et d'imagination aboutit, par la collaboration de l'activité mythique et d'une véritable psychoplasticité organique, à la simulation, à la contrefaçon de syndromes pathologiques : crises, impotences, attitudes, perversions fonctionnelles, etc...; véritables fictions d'ordre morbide, impossibles à distinguer, en elles-mêmes, des troubles présentés par les simulateurs intentionnels.

« Or, le choc émotif et la constitution émotive favorisent l'apparition d'accidents hystériques chez les mythomanes prédisposés par leur suggestibilité et leurs aptitudes mythoplastiques, à réaliser des attitudes et des situations d'ordre pathologique. A ses degrés extrêmes, l'émotion trop forte ou trop faible met moins facilement en jeu la suggestibilité de l'hystérique que dans ses degrés intermédiaires. Car une émotion trop faible la laisse indifférente et une émotion trop forte paralyse l'activité psychique.

« Ainsi s'explique la rareté relative des réactions hystériques démontrée par Babinski dans les grandes émotions.

« Il faut rapporter à la pathologie de l'émotivité les troubles autrefois indûment attribués à l'hystérie et plus haut énumérés comme les stigmates objectifs de la constitution émotive. L'explosion paroxystique de ces troubles, souvent provoquée par un violent choc moral ou un vif ébranlement sensoriel constitue la grande crise émotive, avec le tableau dramatique de son anxiété et le cortège de ses troubles moteurs, cardio-vasculaires, sécrétoires, etc...

« A l'occasion de ces crises morales, l'hystérie peut prendre la suite de l'émotion, la prolonger et l'amplifier dans ses manifestations, s'y substituer parfois complètement, dans un complexe émotivo-pithiatique, où s'associent les éléments sincères de l'émotion primitive aux éléments suspects de l'hystérie surajoutée.

« Ainsi s'affirme l'existence d'une pathologie autonome de l'émotivité, dont l'histoire médico-légale des grandes catastrophes et des accidents du travail avaient déjà démontré la légitimité et l'importance, et que la guerre actuelle a enrichie d'une documentation expérimentale si abondante, si variée et si décisive.

« Et cette pathologie de l'émotivité, qui repose, non sur des lésions organiques, mais sur des déséquilibres fonctionnels d'une constatation objective facile, est dominée par la notion de la constitution émotive, congénitale ou acquise, reconnaissable à ses signes subjectifs et objectifs, et susceptible d'éclairer aux yeux du médecin toute la personnalité du malade. »

Dans leur livre « Les Anxieux », les élèves de Dupré, Devaux et Logre ont étudié sous le nom de constitution axieuse une variété particulière de la constitution émotive, l'anxieux constitutionnel étant pour eux un déséquilibre de l'affectivité qui, parmi les stigmates ordinaires de la constitution émotive, présente avec une intensité plus accusée les signes de l'émotivité anxieuse; c'est cette même constitution que l'on trouve décrite dans le livre de Heckel : « La névrose d'angoisse ».

Nous ne pouvons reproduire les belles pages consacrées par Devaux et Logre à la vie de l'anxieux constitutionnel; il nous suffira de rappeler ici que déjà, enfant, il est timide, craintif, d'une sensibilité délicate et froissée :

Tout leur est terreur et martyre.
Oh! la leçon qui n'est pas sue!
Le devoir qui n'est pas fini!
Une réprimande reçue!
Le déshonneur d'être puni!...
Ces enfants n'auraient pas dû naître,
L'enfance est trop dure pour eux.

dit Sully-Prudhomme qui a traduit dans toute son œuvre son anxiété constitutionnelle.

Adolescents, les premiers phénomènes organiques et psychiques de la puberté leur causent de pénibles préoccupations anxieuses : la honte, la pudeur, la jalousie, les phobies et obsessions spéciales se multiplient; adultes, ils ont en famille ce qu'on a appelé « l'altruisme anxieux » s'exagérant

les dangers qui menacent tous les êtres qui leur sont chers et se rendant ainsi parfaitement insupportables pour ces derniers. Enfin, l'âge adulte dépassé, leur anxiété se traduit par la crainte de vieillir. On comprend que chez eux toute fatigue organo-psychique rendra plus fréquents et plus graves les accès d'anxiété.

*
**

Cette question de l'émotivité née d'avant-guerre, et développée pendant la guerre est, on le conçoit, des plus passionnantes et de la plus haute importance; bien avant Dupré, les travaux sur la pathologie émotive remontent à ceux de Morel sur « Le délire émotif », vers 1860, cet auteur ayant eu le premier l'idée d'une pathologie autonome de l'émotivité; ses travaux ont été complétés par ceux de Lasègue, de Pierre Janet et Raymond, par Freud en Allemagne, par Hartenberg en France.

L'intérêt est augmenté de ce fait que cette étude se rattache aux travaux tout à fait contemporains sur les constitutions morbides, dont la fécondité paraît devoir être remarquable dans l'étude des grands états mentaux; un certain nombre de psychiatres contemporains admettent, en effet, que la plupart des aliénés ne présentent que les psychoses pour lesquelles ils étaient en quelque sorte marqués, la mélancolie étant la conséquence de la « constitution dépressive », le délire de persécution de la « constitution paranoïaque », la mythomanie

l'exagération de la tendance à la fabulation, les folies intermittentes, enfin étant l'exagération de ce que Deny appelle la « cyclothymie ».

Cette notion des *constitutions*, dit le professeur Dupré, dans sa préface au livre de Devaux et Logre, « entendue au sens psychiatrique du mot, ne se confond nullement avec celle des *caractères*, si l'on prend ce terme au sens des moralistes et des littérateurs. La constitution est une donnée positive de psychopathologie clinique; elle représente une affection mentale en germe; elle donne en quelque sorte d'avance, la formule générale et la clef des réactions morbides. Au contraire, si la description des traits du caractère comme l'ingratitude ou la reconnaissance, la délicatesse ou la grossièreté, la curiosité, la médisance, etc..., peut inspirer aux littérateurs et aux moralistes des peintures vivantes et des réflexions instructives, le psychiatre ne reconnaît, le plus souvent, dans les portraits d'un Théophraste ou d'un La Bruyère, que de simples nuances de psychologie individuelle, et non le tableau clinique ébauché d'une affection mentale bien définie ».

*
**

Plus que partout se démontre en psychiatrie l'union du physique et du moral, déjà remarquablement mise en lumière dans l'ouvrage de Cabanis : « Rapports du physique et du moral de l'homme ». Si les lésions pathognomoniques des grandes psychoses, sauf la paralysie générale, ne

sont pas encore suffisamment connues, il n'en est pas moins devenu aujourd'hui un axiome de dire que les maladies mentales sont des maladies du cerveau; elles sont aussi, en quelque sorte, les conséquences médiate de l'altération du reste de l'organisme, et il suffira dans ce travail de citer à ce sujet le rôle considérable de l'infection et de l'intoxication en pathologie mentale. On sait, enfin, combien est longue la série de ce que les anciens auteurs appelaient les folies sympathiques, et qui sont caractérisées presque toujours par la confusion mentale causée par les altérations des divers organes : foie, rein, intestin, glandes à sécrétions internes, etc... C'est dire que si la prédisposition mentale et en particulier la constitution émotive font le lit des troubles de l'affectivité développés pendant la guerre, les diverses déficiences physiques innées ou acquises joueront un rôle considérable.

Nous signalons ici pour ne plus y revenir, les fatigues et l'insomnie, ou ce qui revient presque au même, dans les secteurs agités, les courtes heures de torpeur intellectuelle, de sommeil factice, qui soulagent le corps harassé, sans reposer le système nerveux; les petites infections méconnues et les grandes infections mal réparées par des convalescences trop écourtées; la tuberculose, intoxiquant lentement les sujets porteurs de lésions discrètes, avec ses localisations surrénales, pleurales, etc...; les auto-intoxications d'origine gastro-intestinales dues le plus souvent au « singe » et aux

différentes conserves, qui faisaient l'alimentation à peu près exclusive du soldat dans les secteurs agités : le ravitaillement y était impossible, et la souffrance physique due au manque d'eau et d'aliments chauds s'ajoutait à l'intoxication alimentaire. Nous ne saurions trop nous élever contre l'alcool, la « gnolle », poison distillé par l'intendance et généreusement distribué par le commandement, en vertu d'un règlement ridicule, à raison d'un quart de litre pour quatre hommes et par jour : or il faut qu'on sache que bien des soldats ne touchaient pas au poison et l'on devine ce qui arrivait : les « amateurs », dès les premières heures de la journée, aussitôt après l'arrivée du ravitaillement, se trouvaient en possession de la ration de leurs camarades et avaient ainsi à leur disposition une quantité quelquefois considérable d'eau-de-vie ; et comme on ne savait pas ce qui pouvait arriver, qu'il ne fallait pas la laisser perdre, alors ! dame ! d'un seul coup on l'avalait. Combien en avons-nous vus de vieux intoxiqués, qui entretenaient ainsi et aggravaient leur mal, et chose plus triste, que de jeunes recrues ont appris à boire pendant la guerre, et continueront fatalement après ; nous ne croyons pas aux effets aussi funestes du « pinard » ; la principale raison en est d'ailleurs fort simple : c'est que les hommes ne pouvaient en avoir en grande quantité, et nous pensons, au contraire, qu'il a pu être et a même été dans les moments pénibles, pris en petite quantité, le véritable « elixir du soldat » que ces derniers ont d'ailleurs tant chanté.

Nous signalerons, en outre, simplement, le rôle de certains facteurs physiques : froid, chaleur et insolation.

Quant aux facteurs moraux, soucis de toute sorte, responsabilités quelquefois angoissantes des chefs, douleur morale de ceux qui ont leur famille en pays envahi, aux mains de l'ennemi, qui songerait à mettre en doute leur rôle dépressif.

Le Rôle des émotions.

Nous nous en tiendrons ici strictement à l'émotion, laissant de côté la contusion et la commotion; l'émotion dans cette guerre a deux modes essentiels d'action : c'est, d'une part, l'émotion violente, ce sont, d'autre part, les petites émotions qui n'agissent que par leur renouvellement.

Au sujet de l'émotion violente, nous pouvons mettre à part l'émotion de la guerre de mouvement du début qui semble moins pure, c'est-à-dire qui est plus liée aux fatigues, aux intoxications de la mauvaise alimentation, aux difficultés du ravitaillement, à la faim. « L'inanition, dit G. Dumas (dans ses *Troubles mentaux et nerveux de guerre*), qui oblige le sujet à se nourrir de ses propres réserves et entrave l'élimination des éléments toxiques, provoque de la confusion mentale. C'est un délire onirique d'inanition que Flaubert a décrit, en le poétisant, dans le chapitre du défilé de la Hache, où il nous montre les mercenaires mourant de faim. »

Voivenel, dans « *La confusion mentale grégaire*

des troupes en campagne » (Sociétés Médico-psychologique, de clinique mentale et de psychiatrie réunies, 7 juillet 1917), insiste sur le manque d'entraînement, surtout chez les réservistes, à la fatigue et à l'émotion, exagérant sur le système nerveux l'effet de l'une et de l'autre, et, par une conséquence intéressante pour le médecin militaire, montre ainsi que les troupes improvisées ne valent rien et qu'il faut toujours « les truffer d'armée de métier ».

« Quel que soit leur enthousiasme, dit-il, les troupes inexpérimentées font du choc émotionnel exagéré qui se traduit par une confusion mentale que les gens qui ne se battent pas appellent trop facilement de la lâcheté. Les paniques des troupes si enthousiastes de la révolution sont célèbres; ces troupes n'ont conquis le monde que grâce à la vieille armée de métier de la royauté. »

Notre régiment, dit-il encore, « composé de réservistes faisant partie d'une division de réserve, se figurait qu'il ne serait engagé que très tard. Dès août 1914 il se trouva inopinément dans la danse : la première bataille fut terrible; les suivantes furent très dures. Fatigués par les longues marches, subissant ce choc émotionnel violent sur le mécanisme duquel le professeur Roger s'est étendu dans sa leçon inaugurale de 1917, le soir, beaucoup de ces hommes s'en allaient désorientés, obnubilés, par les routes incertaines, se couchaient sur le bord des fossés, avaient des hallucinations hypnagogiques. Au moindre attouchement, ces hommes sur-

sautaient ; réveillés brusquement ils s'effraient, criaient, voyaient des ennemis. C'était le premier degré de la confusion mentale. Ces réservistes sans entraînement, que la fatigue et l'émotion suraiguë (ils ont fait depuis d'admirables soldats) jetaient dans un onirisme grégaire, s'en allaient ainsi jusqu'à la ville fortifiée voisine (Verdun) où des chefs (et hélas ! des médecins assez peu au courant sans doute du dynamisme nerveux) les traitèrent avec une brutalité maladroite. »

*
**

Dans la guerre de tranchées nous étudierons avec Huot et Voivenel, d'une part la bataille et l'assaut, d'autre part les périodes de stationnement aux premières lignes.

(Huot et Voivenel : « Le Courage ». — Le diagramme psychologique de la bataille : *Mercur* de France, 16 juin 1917. — L'anxiété précédant l'assaut : *Progrès Médical*, 21 juillet 1917). — Avant l'action, dans les instants qui précèdent l'assaut, l'énergie potentielle neuro-cérébrale se met en tension, il se produit suivant l'expression imagée de ces auteurs, des phénomènes de « tumescence nerveuse ». L'état émotionnel va jusqu'à l'angoisse (syndrome physique) et l'anxiété (syndrome psychique), et cette mise en tension se traduit tout d'abord par un silence tragique. Le masque facial est contracté ; les hommes, pâles la plupart, s'observent mutuellement : il semble qu'ils cherchent à

lire dans les yeux de leurs camarades l'angoisse qu'ils sentent monter en eux et qu'ils s'efforcent de dissimuler; qu'en leur réserve l'avenir ? et après l'heure H de l'attaque combien s'écoulera-t-il encore d'heures pour eux ? Les yeux tournés vers leur chef, ils attendent l'ordre qui va les jeter en avant à sa suite, et de leur peur domptée va bientôt jaillir l'héroïsme.

Dans cet état de tension cérébrale violente, l'automatisme se fait jour : ce sont d'abord les tics, les clignotements d'yeux, les contractions rapides des muscles de la face; puis des gestes, toujours les mêmes : l'un enlève puis ajuste à nouveau sa baïonnette, l'autre boutonne et déboutonne sans arrêt un bouton de sa vareuse; celui-ci, d'un geste habituel, remonte d'un coup d'épaule son sac; celui-là porte à chaque instant la main sur sa poche où se trouve avec le portrait des êtres chers, la dernière lettre qui leur est destinée en cas de malheur; cet autre, enfin, répète un geste qui ne répond à rien.

L'action vient alors à point pour éteindre ce bouillonnement intérieur et libérer l'organisme du potentiel nerveux dont l'accumulation l'étouffait; c'est avec une véritable sensation de soulagement que l'homme se précipite, toute peur vaincue, dans cette « fuite en avant » qu'est l'assaut; c'est une vraie crise passionnelle qui se déclanche, c'est l'ivresse de la bataille et le geste de mort se répétant automatiquement.

Maintenant, c'est l'épuisement nerveux qui fait suite, c'est l'asthénie qui marque la fin de cette

« détumescence nerveuse » : les hommes sont « vidés ». L'heure que redoutent les vrais chefs, ceux qui savent réfréner suffisamment la dépense d'énergie nerveuse, a sonné : c'est l'heure de la contre-attaque, qui, si elle est déclanchée à propos et assez tôt sur ces gens épuisés, a de fortes chances de réussir; et c'est pourquoi le commandement, fort sage en cela, faisait relever aussitôt qu'il lui était possible les vagues d'assaut qui venaient d'enlever une position, ou leur envoyait au plus tôt des renforts, avec des troupes du génie pour l'organiser défensivement.

Déjà, en 1913, Séglas et Barat (*Journal de psychologie*, mars-avril 1913), avaient bien décrit, observations à l'appui, cette phase de dépression faisant suite aux crises émotionnelles. « En réalité, disent-ils, toute émotion est un déséquilibre psychique, une courte psychose » et, plus loin : « Ce qui est certain, c'est que, dans bien des cas, l'état d'apathie, d'inertie intellectuelle et volontaire qui survit aux troubles confusionnels du début, a pu durer des années et être considéré comme définitif. Plusieurs mineurs de Courrières, revus longtemps après la catastrophe, étaient non seulement incapables de travailler, mais ne montraient qu'une activité réduite au minimum nécessaire à la vie domestique: chez beaucoup de sujets, l'initiative, l'énergie, l'activité sociale, ont disparu définitivement. Ce qui montre bien que cette déchéance de la volonté n'est pas une conséquence de la psychose aiguë confusionnelle, c'est qu'elle se montre fréquemment

comme une suite immédiate et isolée du choc émotif. Suivant Stierlin, beaucoup de victimes du tremblement de terre de Valparaiso avaient perdu le goût de la vie et du travail, même sans avoir présenté aucun autre symptôme morbide. »

Pour résumer tout ce qui précède, nous dirons : Le système nerveux peut être considéré comme un générateur d'énergie; l'épuisement nerveux est dû à la trop grande libération de celle-ci par les émotions.

Depuis la publication des travaux de Huot et Voivenel, il semble que l'on soit arrivé à donner comme une représentation objective de ce qu'ils appellent « la tumescence nerveuse » : M. Ernest-H. Starling, professeur de physiologie à l'University Collège de Londres (dans : *Nature et traitement du shock chirurgical, Archives Médicales belges*, octobre 1918), a mesuré la tension nerveuse qui se produit chez le soldat sur le terrain du combat. « L'hypertension, dit-il, est presque toujours supérieure de 20 millimètres de mercure, à celle des hommes qui se trouvent au cantonnement; le tonus général le long des nerfs vaso-constricteurs est augmenté. »

Voivenel et Raymond Mallet qui citent ce travail dans une étude sous presse, destinée à paraître dans un des prochains numéros du *Mercur de France* ajoutent : « Tout l'organisme est tendu, vibrant, armé, prêt à éclater, ce qui multiplie l'action des émotions dont l'intensité et le nombre faciliteront chez les blessés l'état de shock. »

Et Starling fait la réflexion suggestive suivante :
« On obtiendrait l'état de shock chez les animaux décérébrés si on avait soin de laisser intactes les parties antérieures du tronc cérébral, c'est-à-dire la région à laquelle Sherrington a attribué les réactions noci-affectives. »

*
**

L'affreux spectacle de la mort, dit Maurice de Fleury, dans son introduction à la médecine de l'esprit « ou l'annonce de la nouvelle fatale par nos yeux ou par nos oreilles, par notre nerf optique ou par notre nerf auditif, projettent à nos centres nerveux des vibrations si violentes; ces vibrations elles-mêmes vont éveiller pour les détruire ou les dilacérer brutalement des notions si bien ancrées, des associations d'idées si bien invétérées, des habitudes de l'esprit si enracinées, que le cerveau en est accablé, surmené. Sa vitalité s'épuise, sa *tonalité* s'amoin-drit : dès lors la circulation s'alanguit, la respiration devient faible, nos muscles se détendent, fonctionnent avec mollesse, et de tout notre corps nos nerfs de sensibilité apportent au cerveau la notion continue de faiblesse, de déchéance, d'impouvoir. »

Que de choses à dire alors ! de la série indistincte des émotions qui ont pu ainsi pénétrer en nous par nos yeux ou nos oreilles pendant ces périodes interminables de stationnement aux premières lignes : c'est l'obus que brutalement on sent venir, qui souffle un instant puis siffle et s'abat

dans une explosion formidable; c'est le « minen » qui s'annonce par le bruit lointain et voilé de son départ, que l'on voit planer en l'air comme l'image de la mort, et qui culbute dans les lignes en nivelant les tranchées ; c'est le bruit de « moulin à café » de la mitrailleuse qui « coupe bras et jambes aux plus braves ».

Ce sont les liquides enflammés, cet horrible instrument de meurtre, sur lequel les Germains avaient compté pour épuiser le potentiel nerveux du soldat français. Ce sont les gaz asphyxiants : et chaque fois qu'il met son masque, le troupier songe en frémissant à la fin atroce de son camarade atteint la veille, et mort en quelques minutes avant qu'on ait pu le transporter au poste de secours; il revoit ses yeux révulsés, sa face cyanosée, ses lèvres d'où s'échappait un champignon d'écume et sa poitrine crispée où l'air n'avait plus accès.

Ce sera, dans certains secteurs, l'angoisse de savoir que l'on est sur un terrain miné, prêt à sauter; d'entendre souvent le bruit des pioches des travailleurs ennemis, de vivre jour et nuit sur ce volcan qui peut s'allumer d'un moment à l'autre.

Et partout, ce seront les cris des blessés que l'on ne peut secourir, et les râles de ceux qui meurent; la vue quotidienne des cadavres qui pourrissent entre les lignes; ça et là, l'épouvantail hideux d'un mort accroché aux fils barbelés d'un cheval de frise, ou dressé contre lui.

La résistance des troupes à l'épuisement affectif produit par la série ininterrompue de ces émotions,

varie suivant les troupes et les races; les bretons, par exemple, sont plus résistants que les méridionaux et les territoriaux, ces vieux et calmes soldats, plus que ces ardentes troupes de choc si heureusement créées par le commandement, afin qu'elles puissent d'un seul coup se vider de l'énergie qu'un long repos et un entraînement approprié leur ont donné.

Toutes ces émotions ont un retentissement général sur l'organisme : sur la circulation, les études des auteurs français et anglais (Martinet, Lian, Fiessinger, Aubertin, Mackensie, Burns, etc...), ont mis en évidence une véritable symbiose neuro-circulatoire : d'une part les hypotendus, les hypophysiques, les débiles cardiaques constitutionnels, présentent une résistance moindre à l'émotion ; d'autre part les fatigues, les émotions renouvelées, développent ce qu'on a appelé le « cœur de guerre », le « cœur irritable ». Sur la nutrition générale, elles peuvent aller jusqu'à engendrer le diabète, produire du psoriasis (Carlo Vignolo Lutati) ou la canitie (Sollier), etc...; sur le foie, qu'elles congestionnent, elles produisent l'ictère émotif. Au sujet de leur influence sur le tube digestif, Trousseau écrit : « L'estomac et le foie du conscrit saisi de peur pleurent dans son intestin grêle; l'intestin grêle pleure dans le gros intestin, et celui-ci, ajoutant ses sécrétions à celles qu'il reçoit, le besoin d'évacuer se produit instantanément. »

Sur le rein et sur la vessie elles produisent la polyurie émotionnelle qu'aucun soldat ne saurait

nier; leur influence sur toutes les glandes, salivaires, lacrymales, sudoripares, est une notion courante; elle agit aussi sur les glandes à sécrétion interne thyroïde et surrénales; sur ces dernières, privées de ganglions qui retardent l'influx nerveux, l'action des émotions est immédiate (Lœper et Verpy, Roger, Hurst, Corbett, etc...).

*
**

Si maintenant nous ajoutons au surmenage émotionnel, la monotonie de la vie des tranchées qui permet à l'homme de tourner stérilement dans son « moi », qui désagrège lentement sa personnalité dans l'ennui, nous arrivons avec Huot et Voivenel, à la conception de cet état spécial fait d'asthénie et de déprésentification, « le cafard » bien connu du troupier :

« Etat d'abord psychique, puis organique, créé par la vie des tranchées; laissant d'abord apparaître la tristesse, les obsessions nostalgiques, familiales, professionnelles; puis une sensation de fatigue; ensuite un état de fatigue avec insomnie, inappétence, amaigrissement, anxiété, perte de la volonté. »

Car, dans cette guerre interminable, si l'on a pu observer chez des sujets bien équilibrés une accoutumance progressive à toute une série d'émotions, il n'en est pas un chez qui, par la suite, cette remarquable immunité émotive du début n'ait fait place à une sensibilisation plus ou moins marquée de son

système nerveux, à une véritable *anaphylaxie émotionnelle*. Certes, les réactions ont été plus ou moins marquées, et tel homme remarquable par sa tenue morale, par son « cran » a pu traverser de longues périodes de dépression, où les moindres émotions avaient sur lui une prise facile, et les cacher à tous par un effort de sa volonté; il a pu même, à la suite de certaines circonstances, comme un long repos par exemple, redevenir ce qu'il était avant, arriver de nouveau à pouvoir réfréner sa dépense d'énergie nerveuse, à endiguer le flot de sa sensibilité qui s'écoulait malgré lui au moindre choc; il aura pu se faire, au contraire, que, par un effort surhumain, un appel désespéré à sa volonté défaillante, il ait « claqué » définitivement ce qui lui restait d'énergie. Mais dans la masse de ces braves gens, il arrivait très fréquemment, au bout d'un certain temps, que par un lent effritement de la volonté au choc des émotions dépressives, l'homme d'abord *émotionné* devenait à la longue un *émotif*, présentant une véritable *constitution émotionnelle acquise*.

C'est cela que nous montrent bien Huot et Voivenel dans leur livre « Le cafard »; ce sont ces mêmes manifestations morbides que nous avons tous vus autour de nous pendant la guerre. Mais déjà l'anaphylaxie nerveuse était un phénomène connu et le professeur J. Lépine, dans la *Revue de Neurologie* du 30 septembre 1910, parlant des folies périodiques, expose que les choses se passent comme si la psychose récidivante était un

phénomène d'anaphylaxie cérébrale : « Les premières circonstances étiologiques sont dues à des causes très tangibles; puis petit à petit les derniers accidents paraissent survenir sans raisons : c'est que la réceptivité de l'organisme aux mêmes causes s'est accrue »; et dans son livre sur les troubles mentaux de guerre, il dit : « La sensibilité exagérée aux mêmes causes nocives, l'anaphylaxie, est un phénomène biologique et psychologique. Qui ne sait combien de blessés graves, combien de commotionnés qui avaient eu un moral remarquable avant leur évacuation, se sont montrés inutilisables après leur retour au front ? ».

En 1913, Séglas et Barat, dans un article que nous avons déjà cité, disent dans le même ordre d'idées : « Le choc moral a non seulement permis la manifestation des tendances préexistantes, il a lui-même contribué à créer des prédispositions morbides qui ne se manifestent qu'à une échéance plus ou moins lointaine. »

Les syndromes cliniques appuyés d'observations.

Notre travail étant limité à l'asthénie, nous laisserons de côté, parmi les conséquences de l'émotion, les confusions mentales et toutes les psychoses pour nous en tenir simplement aux états dépressifs simples et aux états neurasthéniques.

Les malades dont nous voulons surtout parler, sont ceux que cite le professeur J. Lépine, dans son ouvrage sous le titre : « Les états neurasthéniques ». Il les différencie des mélancoliques et des anxieux et souligne que la plupart sont évacués pour fatigue générale. « Ce sont, dit-il, des gens fatigués, dont toute la maladie consiste dans une impression durable de fatigue douloureuse, et surtout dans l'incapacité à récupérer chaque jour par l'alimentation, le repos et le sommeil, les forces qu'ils ont perdues.

« Psychologiquement ils peuvent ressembler à des confus, par la difficulté qu'ils ont à faire le moindre effort physique ou intellectuel, par la lenteur de leur attention, l'infidélité de leurs souve-

nirs, l'impuissance où ils sont de prendre vite une décision. Ils peuvent aussi passer pour des anxieux, lorsque la constatation de leur impuissance les inquiète ou les désespère. C'est le cas d'officiers qui, après avoir été à la hauteur de toutes les circonstances, se sentent incapables d'assurer leur service. Ainsi les neurasthéniques confinent à la confusion mentale et à l'anxiété. Mais ces deux états pathologiques ne sont chez eux que des aboutissants possibles. Le vrai neurasthénique est extrêmement conscient de sa situation; il n'a pas la torpeur du confus, et en même temps son malaise est bien plus physique que celui du déprimé anxieux. S'il pouvait se reposer, il serait guéri. »

Le professeur J. Lépine ajoute que l'émotion fait de la dépression anxieuse plus que de la neurasthénie. Ceci paraît parfaitement exact pour les grosses émotions; mais il semble, toutefois, que la série des petites émotions renouvelées, produise plus fréquemment de la dépression simple asthénique.

I

Les grands émotionnés sont les victimes d'une émotion violente, d'une « émotion choc », longtemps confondue avons-nous dit avec la commotion. Cette émotion choc se produit le plus souvent pendant la bataille, où fait suite aux explosions très rapprochées des gros projectiles; il est bien entendu qu'elle doit être parfaitement diffé-

renciée de la commotion et de la contusion, et, à ce propos, Léri, dans son ouvrage « Commotions et émotions de guerre », nous fait un tableau clinique très exact de l'émotionné pur sur le champ de bataille et à l'ambulance : « *il n'a pas perdu connaissance*; il se relève prestement s'il est tombé, il se retourne s'il allait de l'avant, et c'est rapidement, en courant s'il le peut, en boitant ou en titubant à la rigueur, qu'il arrive *tout seul* au poste de secours.

« L'œil hagard, le nez pincé, le visage pâle, l'air effaré, il se précipite en trombe dans le coin le plus écarté du poste, il s'affale à terre ou sur un banc, il s'y blottit, s'y recroqueville et ne bouge plus.

« L'examine-t-on ? Il ne se prête pas à l'examen..... L'interroge-t-on ? Il ne répond à aucune question, il a l'air de ne pas entendre, d'être mentalement absent..... Il est seulement concentré dans son angoisse, indifférent et inattentif à tout, sauf à ce qui concerne l'instinct de conservation et la notion de sa propre sécurité. » Si nous suivons avec Léri cet émotionné à l'ambulance, « à son arrivée il n'est généralement ni un inerte ni un agité; c'est un *égaré*, un ahuri, et, presque toujours, un *fatigué*. Souvent, à première vue, il a l'air aussi ou plus déprimé que le commotionné vrai. Il somnole en permanence, on est obligé de le mener à son lit et de le coucher. Si on l'interroge, il ne répond pas. Mais qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est que de la *pseudo-inertie*, que de la *pseudo-obnubilation*. Qu'on trouble sa somnolence en le secouant ou en

criant à ses oreilles, il geint, s'agite, puis regarde l'interlocuteur avec un air effaré, les yeux grands ouverts, hagard, comme en proie à une vive anxiété et à une vision d'horreur. D'ailleurs, si somnolent qu'il ait l'air, il dort peu ou pas, et, au cours de ses insomnies nocturnes, il rêve, généralement tout haut, et ses cauchemards sont dirigés par une vision, toujours la même à quelques variantes près : celle de l'accident qui l'a fait évacuer. »

G. Dumas, dans son ouvrage, appelle *raptus émotif* la fuite désordonnée de l'émotionné, et ajoute la notion fort exacte, dans certains cas, de *l'ictus émotif* : « Si on considère les effets des émotions violentes, on se trouve en présence d'un syndrome, que nous avons proposé, avec le Dr Delmas, d'appeler *raptus émotif*. Ce syndrome se caractérise non seulement par un désordre émotionnel où la terreur domine, mais encore par une période d'obnubilation psychique au cours de laquelle le sujet exécute des mouvements de fuite désordonnés. Lorsque le sujet est cloué sur place par l'émotion, le terme d'*ictus émotif*, proposé par Dupré, conviendrait mieux que celui de *raptus*. Il y aurait ainsi un *raptus* caractérisé surtout par des phénomènes d'excitation, et un *ictus* caractérisé surtout par des phénomènes d'inhibition. »

Si maintenant, après l'étude du rôle des émotions violentes mais de très courte durée, nous recherchons de quelle façon le soldat réagit à une émotion continue et d'une grande intensité, nous trouverons surtout de l'épuisement affectif; tout

le monde connaît l'effet des préparations d'artillerie intenses et prolongées qui précèdent une attaque, et l'on sait que le commandement cherchait surtout par ce moyen à détruire le potentiel nerveux de l'ennemi, à remplacer son esprit combatif par l'asthénie; c'est ce que fait observer fort judicieusement Voivenel (Peur morbide acquise) : « C'est sous les bombardements implacables, l'apparition progressive d'un état de stupeur, qui se traduit d'abord par ce que le soldat appelle sans élégance *l'abrutissement*, puis, par une indifférence émotionnelle qui tombe brusquement sur vous comme un brouillard, au moment où l'affectivité est épuisée. La bataille fait dormir dit le combattant. Cet état de stupeur affective existe chez beaucoup de prisonniers, qui ne se rendent pas, mais *sont cueillis*. Il s'ajoute aux motifs que peut avoir le commandement de ne pas bourrer de troupes les premières lignes, dans les secteurs attaqués, et de compter surtout sur les contre-attaques. Il faudra se le rappeler plus tard, afin de ne pas être injuste envers certains hommes qui ne méritent pas le nom de *déserteurs*. »

Il peut arriver enfin que l'homme lutte de toute son énergie contre la peur qui l'envahit, et que, brusquement, sous l'influence par exemple de causes prédisposantes psychiques ou organiques, il soit vaincu, terrassé : c'est le « coup de fouet » de la volonté, expression imagée dont se servent Voivenel et Raymond Mallet, pour signaler ces faits, dans le *Progrès Médical* de janvier 1919.

Il nous reste maintenant à étayer, par quelques exemples, ce que nous venons de dire de l'émotion choc ou de l'émotion continue et de grande intensité. Nous devons à l'obligeance du Dr Voivenel, qui fut médecin expert auprès du Conseil de guerre d'une division, la plus grande partie des observations suivantes; nous n'en donnerons que deux de personnelles, d'abord parce que nous n'avons pu que rarement nous intéresser à des cas bien nets, et surtout parce qu'il nous a été impossible de suivre le sort des malades après leur évacuation du régiment. Et puis, sauf pour ces deux cas qui nous ont touché de près (un lieutenant et le conducteur de la voiture médicale !) nous ne trouverions pas pour les autres, dans nos souvenirs, assez de précisions pour pouvoir les rédiger en observations concluantes.

OBSERVATION I

(Drs Voivenel et R. Mallet.)

Concernant un hyperaffectif victime d'une image obsédante du champ de bataille; coup de fouet de la volonté.

Cab. est inculpé d'abandon de poste en présence de l'ennemi. Parti de son régiment au moment où celui-ci montait en ligne, il se constitua prisonnier à l'arrière, deux jours après.

Antécédents : Père mort interné.

Cab. a déjà été un hyperaffectif, un sensible.

Dix-huit mois de séjour au front. Nommé adjudant.

Une citation ainsi conçue : « Très bon chef de section, d'un sang-froid et d'un courage à toute épreuve : le 25 avril 1918, sa section étant prise sous un violent tir de barrage a fait progresser tous ses hommes et n'a quitté la zone battue qu'après s'être assuré que toute la section l'avait franchie. »

Et dans son rapport d'accusation, le capitaine dit de Cab. : Son sang-froid dans les circonstances difficiles était légendaire.

L'avant-veille du jour de la désertion, Cab. avait été à l'attaque; sa conduite lui vaut une proposition pour le grade d'adjudant-chef et pour une nouvelle citation.

Au moment de monter en ligne, Cab. disparaît. Je ne pouvais plus remonter à l'endroit que j'avais quitté, explique-t-il, j'avais été trop frappé par ce que j'y avais vu....., tous ces morts....., l'acharnement qu'il y avait eu....., ces blessés qui criaient et qu'on ne pouvait relever..... J'avais toujours l'horrible spectacle devant les yeux....., ce n'était pas la peur d'être tué....., je n'avais qu'une idée, ne pas aller sur le champ de bataille.

OBSERVATION II

(D^{rs} Voivenel et R. Mallet.)

Concernant un débile de la volonté, ancien blessé, n'ayant pu supporter un choc émotif ; coup de fouet de la volonté.

Dal. est inculpé d'abandon de poste en présence de l'ennemi. Il quitte son régiment qui monte en ligne et se constitue prisonnier quelques jours plus tard.

Antécédents : Mère épileptique.

Né avant terme. Marche tard. Incontinence d'urine tardive. Monorchidie.

La mobilisation le trouve instituteur.

Trois ans de front. Caporal, puis sergent.

Une citation : « Caporal très brave et très énergique, chef d'un petit poste très exposé, attaqué soudainement pendant les nuits des 15 et 16 juin 1917, a exercé son commandement avec un sang-froid, une bravoure et un à propos dignes d'éloges. A réussi à repousser l'attaque de l'ennemi. Très grièvement blessé au cours du second combat. »

C'est à son retour sur le front après sa blessure que Dal. commit la faute. Il explique : « Le régiment partait à l'attaque; l'aube commençait à poindre, je causais avec mes camarades sans penser à rien. Tout à coup j'entends le bruit d'un moteur d'avion, notre tir de barrage se déclanche, alors l'idée que les bombes pouvaient tomber, le bruit infernal, la clarté de l'aube, la rougeur du ciel..., et ça a eu une influence sur moi, je me suis troublé, j'ai perdu la tête, je me suis sauvé. »

OBSERVATION III

(Dr Voivenel.)

Concernant un officier bien portant, sans hérédité, devenu neurasthénique à la suite d'un violent choc émotif; coup de fouet de la volonté.

X..., officier calme, énergique, intelligent, sans hérédité aucune, qui a conquis ses galons dans les diverses affaires de son régiment, impassible au feu, est

soumis, avec des camarades, dans un abri peu résistant, à un bombardement intensif. Il est le seul à ne pas manifester d'émotion ; il sait cependant qu'un obus bien appliqué réduira l'abri en miettes ; et voici qu'un projectile tombant au ras de l'abri, en effondre une partie. Ses camarades n'eurent pas assez d'admiration pour son impassible tranquillité : il n'avait même pas lâché sa pipe qu'il tenait entre ses dents. Mais dès le soir même, il se plaint d'insomnie et se réveille avec une crise d'angoisse précédée d'un cauchemar au cours duquel il s'est cru broyé par un obus. Le lendemain il constata une émotivité qu'il ne s'expliqua pas et qu'il cacha soigneusement. Il nous la confia cependant trois jours après. Il présentait de l'insomnie, une inquiétude permanente, une crainte jadis inconnue des responsabilités, une émotivité difficile à réprimer quand un projectile sifflait trop près et qui lui causait un tremblement dont on ne s'apercevait pas autour de lui, parce qu'on n'y aurait pas cru. Quelques jours après amaigrissement, si bien qu'il fallut l'évacuer.

OBSERVATION IV

(Personnelle.)

Concernant un homme âgé mais en parfaite santé ; choc émotif : état asthénique. Seul l'automatisme persiste.

Bo..., le « grand-père » pour ses camarades ; engagé volontaire à 52 ans pour suivre le seul fils qui lui reste, un autre étant mort de typhoïde pendant son service militaire, dans les années précédentes.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Se souvient seulement d'être resté alité, vers 15 ou 16 ans, pendant une vingtaine de jours, pour une maladie de poitrine « qui avait débuté par un violent point de côté et qui lui avait donné beaucoup de fièvre ? » Depuis, n'a jamais été malade. Ne fume pas, ne boit pas (fait même la morale aux jeunes lorsqu'il les voit prendre de l'alcool), malgré sa profession de chiffonnier qui est à retenir; instruction moyenne : sait lire, écrire et calculer.

C'est un homme très vert pour son âge, de taille un peu inférieure à la moyenne, d'aspect bien tenu, la figure ouverte, remplissant avec beaucoup de zèle ses modestes fonctions de conducteur de la voiture médicale qui consistent à donner des soins à son cheval et à celui du médecin quand le régiment est en ligne, ainsi qu'à de menues corvées; très serviable, a acquis l'affection ou l'estime de ses camarades.

Il apprend un jour un peu brutalement que son fils vient d'être tué, et dès lors, tout change : après une violente crise de désespoir, facile à comprendre, son caractère se modifie au bout de quelques jours : il est devenu taciturne, renfermé, n'a plus de volonté, de goût à rien, néglige son travail; ses forces l'abandonnent ou le trahissent; il se rend compte de son impouvoir, s'en désespère, pleure facilement à la moindre question qu'on lui pose. Son sous-officier nous envoie un mot en ligne pour nous rendre compte de son état : Bo..., nous dit-il peu élégamment, est en train de devenir « dingo »; on ne peut plus rien obtenir de lui, il ne dort pas, rêve tout haut la nuit, ne mange pas, s'amaigrit. Commandé dernièrement pour une corvée insignifiante, et arrivé au terme de celle-ci, les mains crispées sur les rênes ballantes, il ne savait plus arrêter son cheval, se contentant d'im-

plorer en gémissant : « Arrêtez mon cheval, arrêtez mon cheval ! »

Quelques jours après le régiment étant relevé et envoyé au repos, nous trouvons Bo... dans l'état qui vient d'être décrit; mais nous découvrîmes, en outre, que si la volition était abolie chez lui, par contre, l'automatisme créé par les années de sa vie antérieure s'était fait jour largement : D'un geste qui lui était familier (nous avons dit qu'il était chiffonnier, ou plus exactement marchand de vieux effets, vieux fers, etc..., à Bordeaux), il avait glané autour de lui toutes les vieilles boîtes de conserve, tous les vieux souliers, les chiffons et les bouts de cuir qu'il avait rencontrés, et en avait rempli la voiture médicale : la loge destinée aux brancards, celle contenant les lanternes, parmi ses affaires personnelles, entre les paniers de médicaments....., on en retira quatre pleins sacs; il fallut l'évacuer.

OBSERVATION V

(Dr Voivenel.)

Concernant un homme chez qui la commotion a préparé le terrain à l'émotion.

Rou... déserte le 13 août 1917, dans l'obscurité, au moment où sa compagnie occupant un secteur de réserve, va en relever une autre en ligne. Le 15 août il est découvert par le contrôleur de route, près de la Nouvelle, dans le train allant de Narbonne à Perpignan.

Antécédents héréditaires : Père domestique, âgé de 59 ans. Ne sait pas l'âge de sa mère.

Antécédents collatéraux : Aîné de neuf enfants, un frère idiot.

Examen et antécédents personnels : Légère asymétrie faciale; vouute du palais ogivale; aspect nerveux, émotif; bien tenu; maigre. Les organes splachniques sont normaux.

Célibataire; profession : cultivateur; n'est pas allé à l'école. Une fluxion de poitrine à 15 ans. Au front depuis 1914. Le 16 octobre 1915 est évacué à l'hôpital de Vadelaincourt pour commotion par obus. Il en sort le 20 novembre 1915 avec un mois de convalescence et son billet de sortie porte : « Obtusion mentale post-traumatique consécutive à un enfouissement sous la terre par éclatement d'une torpille aérienne le 15 octobre. Délire hallucinatoire consécutif avec perte de la parole. Impulsions motrices; actuellement, amélioration très nette, légère obnubilation, quelques cauchemars. Teint pâle, inappétence. »

Sa convalescence finie il va au dépôt de Marmande, mais non guéri il est renvoyé à l'hôpital de Toulouse; un mois après il en sort avec le billet suivant : « Commotionné par l'éclatement d'une torpille, a présenté consécutivement un léger degré de confusion mentale avec agitation nocturne, onirisme; s'est progressivement amélioré, ne présente, à l'heure actuelle, qu'une irritabilité légère et cauchemars fréquents qui ne l'empêchent pas de faire son service. »

Sorti de l'hôpital il revient au dépôt, y est porté « inapte » et c'est sur sa demande seulement qu'il est renvoyé au front où il fait à peu près son service pendant un an et demi.

Or, la veille de sa désertion, Rou..., au moment où il plaçait des fils de fer en deuxième ligne, avait été soumis, avec ses camarades, à un bombardement qui les avait obligés à se réfugier dans un abri; là, d'après les dires de ceux-ci, il avait eu une crise de larmes,

avait voulu s'en aller, sans savoir où; dès lors, tout s'explique : l'émotivité plus grande de Rou... due à sa commotion de 1915, a été réveillée par ce bombardement, et dans la nuit, il s'est enfui.

OBSERVATION VI

(Dr Voivenel.)

Concernant un homme chez qui la débilité mentale et la déficience physique préparent le terrain à l'émotion.

Long... quitte sa compagnie le 6 septembre à 20 heures, pendant qu'elle monte en ligne; il erre jusqu'à Duguy, monte là sur un camion qui le porte à Bar-le-Duc où il est arrêté par la gendarmerie.

Antécédents héréditaires : Son père a divorcé; ce serait un mauvais sujet, violent et alcoolique.

Sa mère, qui a 54 ans, serait rhumatisante.

Antécédents collatéraux : Un frère, cultivateur, au front depuis le début.

Antécédents personnels et examen physique : fièvre typhoïde à 15 ans. Jaunisse à 16 ans ; un embarras gastrique à la même époque : « Je l'ai gardé tout un hiver, dit-il, et j'ai grandi tellement vite, que j'ai été tout le temps malade. »

De haute taille, 1 mètre 82, très pâle, son regard est atone; yeux enfoncés dans l'orbite, paupières anémiques. L'aspect général manque de tonicité. Front et occiput fuyants. Mauvaise dentition, surtout à la mâchoire supérieure, voute ogivale; mains et pieds

énormes; corps thyroïde volumineux, parole lente; rachitisme costal, cyphose.

Examen des organes : Cœur normal, pouls à 76 ; poumons normaux; foie un peu gros; l'examen des urines ne révèle rien d'anormal; les réflexes cutanés sont affaiblis; les réflexes tendineux et sensoriels sont normaux.

Examen psychique : Long... sait à peine lire et écrire. Sa pensée, sa parole sont paresseuses. Son esprit a, comme sa personne, l'air engourdi.

Son adjudant le déclare « faible d'esprit ».

Son caporal déclare : il n'est pas comme tout le monde; il aime à s'isoler; quand il a de l'argent il le dépense comme un enfant à des dépenses ridicules.

Son sergent ajoute : je ne crois pas qu'il ait ses idées bien à lui; c'est ainsi qu'un jour il nous fit ses adieux, nous disant qu'il partait, et le soir je l'ai trouvé au cantonnement; il pleure souvent tout seul dans un coin.

Le maréchal des logis de gendarmerie du Q. G. a remarqué que c'était un simple; les autres soldats détenus avec lui, lui ont fait signer une déclaration d'amour pour une jeune veuve de chez lui !

Sa mère lui envoie des enveloppes avec l'adresse écrite, et il a simplement à répondre qu'il va bien : il serait incapable de mettre autre chose.

L'ensemble général des fonctions physiques et psychiques est donc ralenti chez Long... C'est un être maniable, obéissant, qui a constamment besoin d'être encadré : Dans son interrogatoire Long... dit ceci, qui mérite d'être souligné : « Je me suis bien conduit tant que j'étais avec mes camarades. »

Si nous revenons maintenant aux circonstances qui ont accompagné sa désertion, nous apprenons que Long... a perdu sa compagnie à hauteur du fort de Souville au moment d'une erreur de route de la dite

compagnie; « je m'assis une minute pour me reposer », dit-il, fait confirmé par les témoins. Ensuite, intervient la solitude dans la nuit; puis la peur, dont la discipline et l'encadrement ne maîtrisent plus les effets, apparaît; elle diminue les fonctions cérébrales si faibles déjà chez ce débile mental qui, automatiquement, sans débats moraux, s'en va par les chemins qu'il a déjà parcourus, monte dans une auto où on lui offre une place, et va se faire arrêter à Bar-le-Duc.

OBERVATION VII

(Dr Voivenel.)

A rapprocher de l'observation précédente n° VI.

Br... a quitté son escouade le 21 mars 1915, vers 8 h. 30, alors que sa compagnie se rendait de la crête Mongimont, au bois des Eparges, en passant par le boyau de communication; porté disparu il rejoint son régiment le 29 mars vers 15 heures, avec le convoi de ravitaillement.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père mort à 56 ans, d'une affection intestinale; mère âgée de 68 ans, en bonne santé. Famille de cultivateurs : 13 enfants dont 11 sont encore vivants.

Antécédents personnels : Placé dès l'âge de 7 ans, comme gardien de bestiaux, Br... a une instruction des plus sommaires; il paraît avoir été atteint d'anémie à l'adolescence, d'après les traitements qu'il indique avoir suivis; il était atteint, à cette époque, d'un essoufflement qui rendait pénible la montée des escaliers,

Examen psychique : Parole féminine, lecture lente, pénible, écriture maladroite, orthographe primitive. Il répond aux questions avec la meilleure volonté, mais doit chercher longuement l'année de sa naissance; il ne se rappelle pas du jour.

Br... est un pauvre d'esprit, c'est un imbécile dans le sens latin du mot.

Examen physique : C'est un homme portant plus que son âge, à la figure maigrie, fatiguée par la vie de journalier.

Petit (1 m. 57), prématurément blanchi, atteint d'une légère asymétrie faciale, il présente une inégalité pupillaire variable, une voute du palais très ogivale, un léger rachitisme sterno-costal, et de l'inégalité de l'angle auriculo-temporal.

Ses divers organes sont normaux. L'examen approfondi du système nerveux ne nous a rien révélé de particulier. Tous les réflexes tendineux, cutanés et sensoriels se présentent avec leur intensité habituelle, sauf le réflexe rotulien qui est diminué, sans qu'il y ait d'ailleurs aucun signe de tabes.

Le système circulatoire montre une fatigue du cœur et des vaisseaux : le pouls est à 107; les artères manquent de souplesse.

D'apparence fatigué et plus vieilli que son âge, Br... a bien l'âge de ses artères déjà encrassées par une vie de travail pénible.

Revenons à sa désertion : La compagnie de Br..., relevée des Eparges, se rend à la côte Mongimont; arrivée là, contre-ordre; il faut retourner aussitôt aux Eparges où les torpilles viennent de faire leur apparition, sans même avoir eu le temps « de faire le café » dit Br...

Dans le boyau de communication, fatigué physiquement, épuisé moralement, il se laisse tomber, affalé. Ensuite, se trouvant seul, il va « gîter » dans un abri

inoccupé qui se trouve par là, y vit 4 ou 5 jours de ses biscuits, de pain et de fromage que contenait sa musette. Au bout de ce temps seulement, il se rend compte qu'il doit rejoindre son régiment qui s'est déplacé, le retrouve comme il peut, est ramené par le ravitaillement.

OBSERVATION VIII

(Dr Voivenel.)

Concernant un officier chez qui la cholémie familiale héréditaire prépare le terrain à l'émotion.

Le capitaine T... est examiné par le médecin-major Voivenel et le médecin aide-major Raoux, qui doivent fournir un rapport à ses chefs au sujet des troubles hépatiques et nerveux qu'il présente.

Antécédents héréditaires : Son père a succombé à une affection hépatique; sa mère présente également des troubles du côté du foie.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance; il a été atteint de jaunisse avec fièvre, à l'âge de 17 ans. Fièvre typhoïde à 24 ans.

En février 1915, le capitaine T... est blessé par une balle qui traverse l'avant-bras droit et la paroi abdominale antéro-latérale droite en seton; la blessure a guéri sans opération.

Depuis le début de la guerre, il a eu à plusieurs reprises, aux époques de préoccupation et de tension, des vomissements bilieux et en même temps une teinte légèrement jaune des yeux.

Examen physique : Aspect général bon; les yeux sont jaunes (teinte subictérique de la sclérotique).

Température normale : température rectale : 36°8
à 37°4.

Pouls bien frappé : 80.

Respiration légèrement accélérée.

Pas de céphalée; le sommeil est bon. Il y a un certain degré d'hyperesthésie, et une légère exagération des réflexes tendineux.

L'appareil digestif fonctionne normalement; le foie est seulement un peu gros et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt environ; il n'est pas douloureux actuellement.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal au poumon ni au cœur.

Le rapport qui conclue : Asthénie nerveuse créant transitoirement chez un cholémique un état de constitution émotive et anxieuse était motivé par les faits suivants :

Dans la nuit du 7 au 8 avril 1917 a eu lieu une attaque par les gaz dans le secteur occupé par cet officier; il a mis immédiatement son masque mais a néanmoins absorbé un peu de gaz; il a toussé et expectoré.

L'attaque passée, le capitaine T... a eu une violente dépression morale, se traduisant par une peur irraisonnée des gaz et par des crises de larmes (surtout au moment où sa compagnie est allée au repos). D'un tempérament calme auparavant, il s'affectait alors très vivement pour la moindre des choses.

OBSERVATION IX

(Personnelle.)

Concernant un officier chez qui une typhoïde mal guérie, les émotions et les fatigues de la vie de tranchée produisent la neurasthénie.

Nous ne connaissons par les antécédents héréditaires du lieutenant B... Personnellement, il n'a jamais été malade, sauf quelques angines ou rhumes légers. Ne fume pas, ne boit que de l'eau.

Quelques jours après la bataille de la Marne, il est évacué à l'intérieur pour un embarras gastrique fébrile qui devient une fièvre typhoïde confirmée. A sa sortie de l'hôpital, il refuse une convalescence, et après quelques jours de permission, il vient rejoindre sa compagnie qui se trouvait alors dans les tranchées boueuses de l'Artois; il y subit la fin de l'hiver, y est nommé capitaine. Mais son humeur s'assombrit; lui, si gai autrefois, devient renfermé, triste, préoccupé. On sent au bout d'un certain temps, qu'il n'est plus le même; on se rend compte qu'il est obligé de faire chaque jour des efforts plus grands pour paraître l'homme calme qu'il était naturellement autrefois : c'est à ce moment que les Allemands font usage des premiers « minen » des « saucissons » qui causèrent, dès leur apparition, une si grosse émotion.

L'émotivité anormale du capitaine B... nous est révélée un jour que, étant allé le voir, on lui apporta, en notre présence, une lettre de sa famille : elle lui annonçait, dans les meilleures conditions, la naissance d'une petite fille. Le voilà tout joyeux, il ne saurait trouver d'expressions assez fortes pour nous décrire

son bonheur...., et, tout à coup, sa voix s'étrangle, en même temps que, sur sa face, subitement congestionnée, les larmes coulent abondantes. Au bout de quelques instants il se remet, et nous confie que depuis quelques jours il a constaté l'apparition de phénomènes anormaux : céphalée, insomnie, amnésie (il se rappelle mal le nom de ses hommes); enfin, il lui arrive souvent pour un motif futile, surtout devant un sentiment d'impouvoir jusque là inconnu d'avoir des crises de larmes : « C'est absurde, dit-il, mais c'est plus fort que moi. »

Nous lui conseillons alors d'aller faire part de son état au médecin-chef du régiment : Quelques jours après, il était évacué par celui-ci sur l'ambulance de corps d'armée.

Peu de temps après, on commence à parler d'une attaque prochaine, pour le 12 mars; il a vent de cette nouvelle, demande à quitter l'ambulance et rejoint sa compagnie.

Très rapidement alors, sa volonté défaille, à la suite de quelques bombardements sévères; non seulement il s'émeut d'un rien, ne peut plus donner un ordre, mais il s'amaigrit, n'a plus de forces.

Il est évacué définitivement à l'intérieur pour neurasthénie après rapport du médecin-major Martin, médecin expert du corps d'armée.

OBSERVATION X

(Dr Voivenel.)

Concernant un officier chez qui l'infection (grippe et diarrhée) préparent le terrain à l'émotion.

Le capitaine H... est un officier de carrière, ayant fait ses preuves déjà comme soldat avant la guerre, ayant dans un superbe régiment d'infanterie coloniale, gagné une Légion d'honneur de première qualité et la croix de guerre avec palme. En fin janvier 1916, son régiment est amené devant Verdun qui, on le sait, doit être attaqué incessamment. Cet officier attend, sans être impressionné, l'attaque ennemie. Vers le 5 ou 6 février, il s'enrhume et, le 10 ou le 12, ajoute à ce rhume une sorte de grippe intestinale avec courbature et diarrhée. On attend d'heure en heure l'attaque allemande. En temps normal, en secteur calme, cet officier serait évacué sur une formation sanitaire. Dans ces circonstances exceptionnelles, nous sommes tacitement d'accord; il faut être bien malade, en effet, pour ne pas partager les dangers des braves gens qu'on a commandés aux heures tranquilles. Et l'attaque formidable a lieu. L'officier tient, sa fatigue augmente. Le 6 mars, à la tombée de la nuit, il a trois compagnies sous ses ordres, derrière une hauteur dont les troupes d'assaut ennemies s'empareront au matin. Le bombardement est formidable. On enlève à cet officier d'abord une compagnie, puis une seconde, puis une troisième, qui passent temporairement sous les commandements des chefs de bataillon qui les réclament, en lui disant qu'on les lui redonnera. Il reste à son poste. De ses agents de liai-

son, plusieurs ne reviennent pas, si bien que, seul, dans un mauvais abri, n'ayant pas de nouvelles précises, secoué par un organisme nerveux défaillant, n'ayant plus ce merveilleux appareil plâtré des courages fracturés qu'est l'encadrement des camarades et des subordonnés, il quitte son abri, en pleine panique physique et morale et s'en va à 12 kilomètres en arrière, où, effondré sur un lit de ferme, il dort tandis que ses hommes se battent.

Son passé, son attitude les jours suivants, lui éviteront une sanction outrageante; mais toujours émotif, quelque temps après, il demandait lui-même à partir pour le Maroc ou les colonies, où la secousse des batailles sur les nerfs n'est guère plus qu'un agaçant chatouillement.

II

L'influence des petites émotions renouvelées a mis longtemps à être connue, et nous avons déjà signalé que ce sont les médecins de régiment qui ont pu faire des observations à ce sujet; ces malades, en effet, ne présentaient que du « petit mentisme » de fatigue, n'étaient pas évacués, et l'on peut dire même que ces observations étaient plus collectives qu'individuelles, et portaient surtout sur l'esprit d'énergie et d'offensive des troupes.

Pour ce qui concerne les observations individuelles, nous signalerons l'article de Gilles, des *Annales Médico-psychologiques*, avril-juillet 1916: Etude sur certains cas de neurasthénie, et à leur propos sur certains cas psychologiques observés sur la ligne de feu; au sujet de la baisse de la tension ner-

veuse et de l'esprit d'offensive d'une troupe nous renvoyons au « Cafard ».

On ne saurait trop insister sur le surmenage émotionnel pur de la tranchée où, dans certains secteurs dits « pénards » ou « pépères », l'homme était bien nourri, n'était astreint à aucune corvée pénible, et où souvent les conditions d'existence étaient supérieures sauf pour le repos émotionnel à celles du cantonnement.

Dans ces cas spéciaux, la vie de tranchées est la *plus belle expérience de laboratoire* qui ait été faite pour démontrer le rôle de la « saignée émotionnelle » sur l'énergie, sur ce que Pierre Janet appelle la « tension psychique ».

La baisse de la tension mentale, permet d'abord l'apparition d'une obsession, puis l'association morbide, la cristallisation qui s'étend à toutes les autres pensées et trouble les actes du sujet ; ayant en lui un sentiment d'incapacité, le soldat pense à l'époque et aux endroits où il se sentait complet : ainsi se créent les tendances nostalgiques.

A ce lent écoulement émotionnel, à la nostalgie, si nous ajoutons la monotonie de l'existence, les préoccupations familiales et celles du métier, nous voyons se créer avec son syndrome physique et psychique, le « cafard » dont nous avons donné la définition plus haut.

Or, si Maurice de Fleury classe les neurasthéniques en hypertendus et hypotendus, nous voyons que cette division subsiste ici encore, puisque Huot

et Voivenel ont distingué le cafard du sthénique, de l'asthénique et de l'anormal.

En réalité, c'est le cafard de l'asthénique qui correspond surtout à l'épuisé tel que nous le considérons dans notre travail; le sthénique est un intoxiqué ou un hypertendu, et l'anormal un dégénéré, dont l'hérédité commande les troubles; tandis que nous nous intéressons surtout à l'asthénie de guerre créée chez le soldat à peu près normal ou normal, et n'ayant comme prédisposition qu'une « constitution émotive » plus ou moins marquée et souvent absente.

Nous avons jugé, à ce propos, que les cas typiques se rapportent aux deux observations suivantes :

OBSERVATION XI

(Dr Voivenel.)

Asthénie, aboulie, chez un « constitutionnel émotif » à la suite d'une série de petites émotions et d'une émotion plus forte.

Le 29 octobre, Col. B... arrive au bureau de sa compagnie à Cys-la-Commune, venant de permission avec un jour de retard, et reçoit l'ordre du sergent major de rejoindre la compagnie avec le ravitaillement; parti le 30 de Cys-la-Commune avec cette corvée et les autres permissionnaires, il ne rejoignit sa section que le 1^{er} novembre; ce fait lui vaut d'être traduit devant le Conseil de guerre avec l'inculpation d'abandon de poste sur un territoire en état de guerre; comme excuse Col. B... dit : « Je suis très nerveux et,

par suite, très déprimé ; m'étant arrêté un instant, étant resté isolé, j'avais l'appréhension de rejoindre seul dans un secteur inconnu, ma compagnie. Lorsque je suis bien entouré je fais mon devoir comme tout le monde, mais abandonné à moi-même, je ne puis dominer ma peur. »

C'est l'opinion des témoins, son sergent-major et son sergent qui déposent : « On n'a qu'à se louer de lui au repos, sa tenue est parfaite ; mais, en ligne, il devient nerveux, impressionnable, se déprimant facilement. »

Examen de l'inculpé. — Antécédents héréditaires : Parents en bonne santé ; père 66 ans, mère 50 ans, n'ont jamais été malades.

Sa grand'mère maternelle atteinte de la folie de la persécution est morte à l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Antécédents personnels : Agé de 27 ans ; taille 1 m. 74 ; il a eu de la nervosité dans l'enfance. Il eut de la difficulté à parler, et dès qu'il parla eut du bégaiement. Il ronflait, avait des sommeils agités et des frayeurs nocturnes. Pas d'incontinence d'urine ; aucune maladie grave.

Au Lycée Hoche, à Versailles, jusqu'à 18 ans, où il s'engage ; pas brillant élève ; aucun diplôme, ne s'est présenté à aucun examen.

A sa sortie du régiment, il s'est engagé pour un an, dans l'intention de préparer Saint-Maixent, dit-il ; son temps fini à nouveau, se garde bien de se présenter au concours et..... se fait parfumeur.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de tabagisme. Aucune maladie grave pendant son séjour au régiment où il fut opéré d'un phymosis.

Parti comme sergent à la mobilisation, le 13 décembre 1914, à l'attaque du bois Mortmare, a été très impressionné par la vue des camarades tués. Evacué deux fois pour fatigue, et sentant qu'il ne pouvait pas

faire son service, a fait une demande de remise de galons qui n'a pas été acceptée et a été cassé le 28 juillet 1915 pour insuffisance d'attitude.

Appareil respiratoire : Rien à signaler.

Appareil circulatoire : Percussion et auscultation normales; à la palpation symptômes d'insuffisance légère : le pouls, dans la station debout, oscille entre 90 et 100 et les mouvements augmentent très sensiblement le nombre des pulsations 115-120.

La circulation périphérique nous a paru un peu paresseuse; les mains et les pieds sont hyposphysiques; paresse des réactions vaso-motrices.

Le réflexe oculo-cardiaque est très prononcé.

Appareil digestif : Rien à signaler.

Système nerveux : Pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie. Il existe une certaine discordance réflexe :

1° Pour les réflexes cutanés : l'abdominal est très marqué, le crémastérien émoussé; le plantaire normal à gauche, émoussé à droite ;

2° Pour les réflexes tendineux : achilléen normal à droite, émoussé à gauche; rotulien exagéré à gauche, normal à droite ;

3° Pour les réflexes sensoriels, tantôt marqués d'un côté, tantôt de l'autre.

Pas de signe d'Argyll-Robertson; inégalité pupillaire variable.

tantôt $O D > O G$, tantôt $O D = O G$, tantôt $O D < O G$

Les réflexes muqueux existent. Champ visuel légèrement rétréci. Tremblement émotif des extrémités. Trophicité diminuée, phalangette élargie et mal nourrie.

Si les réflexes nous ont révélé une discordance fonctionnelle, l'aspect extérieur nous révèle une discordance structurale : inégalité d'ouverture des yeux, iné-

galité d'implantation des oreilles, inégalité des deux côtés de la face et des régions temporales, voûte du palais ogivale, saillie de l'anthélix et lobule adhérent, légère scoliose à concavité gauche.

Examen mental : Une personne non prévenue voit tout de suite qu'on a à faire à un « nerveux ». Les muscles de la face se contractent parfois irrégulièrement. Tandis que Col. B... parlait, nous avons vu des contractions fibrillaires des muscles faciaux à gauche; il y a sous la même influence de l'éréthisme respiratoire; l'émotivité chez l'inculpé est exagérée.

Les troubles de la parole, sa blésité, qui datent de son plus jeune âge, s'accroissent au cours des examens, au point que dans le bégaiement, dans le chevauchement des syllabes, on comprend parfois très difficilement ce que dit Col. B...

Si l'on garde la main sur le pouls, on assiste à des changements de vitesse fort nets. De même, par moment, le tremblement émotif des extrémités digitales s'exagère. Cette impressionnabilité l'aurait obligé à passer deux fois la visite médicale quand il s'engagea. La première fois, à Versailles, une crise émotive le fit refuser; il ne fut pris « bon » que la deuxième fois, à Paris. A un de nos examens sa voix s'étrangla littéralement, et le rythme respiratoire s'affola.

Col B... dit avoir fréquemment, la nuit, des cauchemars et des crises d'angoisse qui le réveillent; ces crises d'angoisse éclateraient assez souvent dans la journée, accompagnées de bouffées de chaleur et de palpitations. Elles lui valurent deux évacuations : la première fois le 11 mars 1915, avec le diagnostic de « névralgie du plexus cardiaque » (un mois de traitement à l'hôpital de Toul); une deuxième fois avec le diagnostic de « tachycardie » (20 jours de traitement à l'hôpital de Neufchâteau).

Col. B... fait jouer un grand rôle aux émotions vio-

lentes qu'il éprouva à l'attaque du bois Mortmare, le 13 décembre 1914. Il serait resté toute la journée collé sur un terrain battu par les mitrailleuses à tel point, dit-il, que « tous les blessés étaient tués parce qu'ils se remuaient... A la tombée de la nuit, je me suis levé pour me mettre en liaison avec le lieutenant de Ro... qui remplaçait le capitaine blessé, j'ai erré pour traverser la section..., de voir tous les cadavres des camarades étendus, c'est là ce qui m'a frappé. »

Il fut cassé le 28 juillet pour insuffisance d'attitude : « Me sentant incapable de me conduire, à plus forte raison de conduire les autres, j'avais déjà demandé à rendre mes galons. »

Pour le délit actuel, il répète ce qu'il a déjà dit à l'interrogatoire, en ajoutant : « A mon retour de permission des bruits alarmants circulaient..., mon bataillon aurait été abîmé..., ça m'a donné une crise d'angoisse..., je me suis arrêté pour écouter ces bruits..., le ravitaillement ayant continué de marcher et marchant vite, je n'ai pu le rattrapper... alors j'ai fait demi-tour vers Cys-la-Commune où je me suis caché dans une cave... L'idée seule de monter en ligne me cause une grande anxiété..., aux pauses je peux difficilement m'arrêter, j'ai envie de courir..., pendant la marche, j'ai envie de m'arrêter..., si je n'étais pas encadré je resterais là sans savoir ce que je fais..., je ne réfléchis plus..., je m'étais bien tenu à toutes les batailles du début..., j'ai même eu deux propositions d'adjudant. »

L'imagination de Col. B... est vive et tend nettement vers l'hypochondrie. Tout récit de malade ou de blessé réveille son anxiété. La musique l'impressionne vivement. Il a eu des crises de mysticisme exagéré.

Les facultés intellectuelles sont normales, la mémoire excellente, la lucidité parfaite.

La volonté est nulle.

OBSERVATION XII

(Dr Voivenel.)

Concernant un homme n'ayant rien présenté d'anormal dans son passé et présentant deux fugues venues chacune après dix-huit mois d'émotions consécutives.

C'est la deuxième fois que le soldat So... est traduit devant le Conseil de guerre; voici l'histoire de son premier abandon de poste :

Le 8 mars 1916, quand So... s'est sauvé, son régiment se trouvait à 500 mètres au sud du bois des Caurettes. Laissant sur place ses armes et son fournilment, il aurait passé la nuit du 8 au 9 mars entre Chattancourt et Montzéville, et aurait continué à marcher les jours suivants, traversant des villages dont il ne se rappelle plus le nom. Il n'aurait emporté sur lui que du pain, dont il se serait nourri jusqu'au 16 mars, jour où il fut arrêté par la prévôté.

Voici les notes de son commandant :

« So... appartient à la 19^e compagnie depuis le 16 septembre 1914. Jusqu'ici, sa manière de servir n'avait donné lieu à aucune observation. Le 16 janvier 1915, il avait pris part à l'attaque d'un poste ennemi et y avait gagné la croix de guerre. »

Son caporal le considérait comme « obéissant et serviable » et met sa fugue sur le compte d'un « moment d'affolement ».

Le témoin D... l'avait vu pleurer dans la journée.

A l'interrogatoire So... explique : « Le bombardement était violent. Je l'ai supporté toute la journée et la nuit; mais au matin, n'étant plus maître de moi, je suis parti comme un fou, sans savoir où j'allais.

J'étais sourd et complètement hors d'état de me rendre compte de ce que je faisais. J'avais été plusieurs fois recouvert de terre par des obus qui avaient éclaté tout près de moi..., j'ai mangé le pain que j'avais dans ma musette; d'ailleurs j'ai très peu mangé; je rôdais comme une bête jusqu'à ce que je me sois remis. »

Voici l'histoire du deuxième abandon de poste : So... quitta son unité dans la nuit du 29 au 30 août 1917, au moment où sa compagnie montait aux premières lignes. Ses camarades l'ont vu pour la dernière fois à la pause qui a été faite après la traversée de l'Aisne; personne n'a remarqué le moment exact où il a quitté la colonne.

« Le soldat So... dit qu'à un certain moment, il s'est arrêté parce qu'il avait peur. Il est resté environ une heure sur le bord de la route, puis est allé dans un abri inoccupé, qui se trouvait à proximité. Il dit être resté les dix jours que sa compagnie a passés en ligne, dans cet abri qu'il ne quittait que la nuit, pour aller chercher des pommes dont il se nourrissait. Il avait, en arrivant, un pain qu'il a mangé pendant ce temps. Il dit n'avoir causé avec personne pendant son séjour dans cet abri. Il apercevait des soldats qui se rendaient en corvée ou au travail. »

So... a rejoint volontairement sa compagnie le 9 septembre au matin, après la relève.

Son lieutenant dit que dans la vie normale c'est un très bon soldat, mais que son tempérament ne lui permet pas de supporter les obus. Son sergent et plusieurs témoins expriment la même idée. Le témoin H... ajoute : « Depuis quelque temps sa nervosité paraissait augmenter, il était devenu taciturne et renfermé. »

Notons au passage que, après 17 mois et 22 jours de combats et tranchées, So... a fait sa première fugue; par une coïncidence frappante, c'est 17 mois après sa

première condamnation qu'il commet sa deuxième fugue, après avoir, entre temps, normalement accompli son devoir.

Examen physique : So... est un homme de 33 ans; taille 1 m. 59, bien musclé, dont les gendarmes disent qu'il « est raisonnable, mais pas bien malin » et qui se présente à chacun de nos examens avec un air inquiet.

Ses antécédents héréditaires ne seraient pas très brillants. Son père serait malingre et sa mère serait morte poitrinaire à 45 ans, crachant le sang. Deux frères en bonne santé et mobilisés; un troisième serait mort d'une méningite probablement tuberculeuse. Une sœur, 35 ans, en bonne santé.

Les renseignements demandés au maire de sa commune ont obtenu des réponses peu précises : « Moralité bonne, intelligence moyenne. » So... est allé à l'école jusqu'à 14 ans; il a quitté la commune à l'âge de 15 ans environ, dit le maire qui ajoute : « Il paraissait avoir un caractère assez vif. »

Domestique, puis maréchal-ferrant, il a parcouru les diverses communes des Hautes-Pyrénées et du Gers.

Au front depuis le 16 septembre 1916, excellent soldat en dehors de ces deux abandons de poste venus chaque fois après dix-sept mois d'attitude excellente aux tranchées, il n'a jamais été évacué, il n'a jamais été puni (en dehors de ces deux fugues).

Ses organes splanchniques sont normaux. Pas d'albumine dans les urines. Pouls à 80-90. Quelques stigmates de dégénérescence : vouute du palais très ogivale; oreilles asymétriques; mauvaise dentition; champ visuel rétréci; les sourcils se rejoignent; tremblement léger des extrémités digitales.

L'examen des réflexes cutanés et tendineux fournit les résultats suivants qui sont des plus intéressants :

Tous les réflexes cutanés (abdominal supérieur et inférieur, crémastérien, plantaire, etc...), sont diminués.

Tous les réflexes tendineux (achilléen, rotulien, olécranien, etc...), sont exagérés.

L'examen mental de So... révèle qu'il est d'intelligence médiocre, incapable de s'élever à la compréhension des obligations morales.

D'après ce que nous venons d'exposer, nous voyons donc que So..., d'intelligence et de volonté médiocres, est victime d'une émotivité morbide qu'il ne peut réfréner, d'une « constitution émotive », congénitale ou plus vraisemblablement acquise sous l'influence des émotions répétées du champ de bataille. Dans un secteur calme il tiendra, mais vienne une crise émotionnelle aiguë (un bombardement violent la première fois ; la montée au fameux Chemin-des-Dames la deuxième fois), et l'équilibre déjà difficile de cette personnalité se rompra : il fuiera.

(So... fut acquitté par le Conseil de guerre.)

*
**

Les deux observations qui précèdent ont trait à des cas dramatiques en quelque sorte, et l'expertise médicale auprès d'un Conseil de guerre les a révélés : mais à côté de ces cas types, combien de soldats ont senti sous le choc des émotions leur volonté émoussée sur le point de défaillir ? Combien, dans un organisme physique épuisé, ont perçu leur organisme moral prêt à se désagréger, et ont « tenu », vaille que vaille, jusqu'à la prochaine période de repos ; combien de fois sont-ils arrivés ainsi à pouvoir consolider à nouveau leur

équilibre moral au ciment de leur volonté reconquise dans le calme et le repos émotionnel de l'arrière ?

Pendant la durée de cette guerre qui fut un continuel épuisement émotionnel, ils sont innombrables, les cas bénins et que rien n'a révélé, de découragement passager, d'asthénie transitoire, de disparition momentanée de l'énergie combative, que nous avons observé autour de nous et ressenti nous-même.

Importance médico-légale militaire : prophylaxie et traitement.

Sans entrer dans la discussion de théories plus ou moins philosophiques sur l'hydrodynamisme du système nerveux, il semble bien admis que ce dernier est un accumulateur d'énergie; il est démontré par ce qui précède, que cette énergie s'écoule par les émotions, soit brutalement par l'émotion choc, soit insidieusement par la série indistincte des petites émotions. Il semble alors bien justifié que certains auteurs rappelant un mot de Dupuytren puissent parler de l'hémorragie de la sensibilité; et si nos soldats, au cours des émotions si violentes et si variées de la guerre, n'ont pas plus ménagé leur potentiel psychique qu'ils n'ont marchandé leur sang pour le salut de la patrie, nous verrons tout à l'heure qu'il faudra s'en souvenir, et savoir leur en tenir compte.

C'est Cabanis qui parla le premier de l'hydrodynamisme du système nerveux, et Pierre Janet soutient une théorie analogue lorsqu'il emploie le terme de « tension nerveuse », expliquant que les

psychasthéniques sont essentiellement caractérisés par une baisse de cette tension qui leur donne comme une flaccidité de la personnalité; cette dernière est, en effet, comme l'a exposé Ribot dans ses « Maladies de la personnalité », un véritable consensus exigeant un tonus psychique qui permet l'adaptation au présent, l'utilisation des impressions nécessaires à l'acte à accomplir et le rejet des choses inutiles. Une diminution du consensus, du « tonus », si l'on veut employer l'expression de Pierre Janet, de la « présentification » ou de « l'immédiatisme » si l'on veut employer l'expression de Voivenel, se traduira sur le fond de dépression par des raptus anxieux et par l'apparition dans le champ de la conscience d'idées parasites, d'obsessions, qui sont les premiers signes de la dissolution de la personnalité; c'est ce qui arrive chez tous nos émotionnés qui, nous l'avons vu, victimes du syndrome émotionnel aigu ou du syndrome émotionnel lentement apparu sont essentiellement des fatigués. S'ils ont de l'asthénie simple, c'est leur énergie qui s'en est allée, c'est leur esprit combatif qui est flétri, c'est le découragement qui apparaît d'abord, ensuite la peur non vaincue qui n'est pas de la lâcheté. Nous savons, en effet, que la lâcheté est la peur consentie en toute connaissance de cause et possibilité d'action et que le courage n'est que de la peur vaincue. Pour vaincre cette dernière, il faut avoir sa volonté.

Mais, d'autre part, les travaux publiés par les neuro-psychiatres, ont montré que peut-être plus

fréquemment que l'asthénie simple, l'émotion de guerre quel que soit son mécanisme et son dosage, entraîne des symptômes d'anxiété, anxiété telle qu'elle pousse à la fugue qui, comme l'a démontré Raymond Mallet (Etats confusionnels et anxieux chez le combattant, *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1917), n'est dans la plupart des cas qu'une dérivation de l'anxiété.

On conçoit facilement l'importance médico-légale de ce qui précède : il apparaît injuste de punir et surtout de déshonorer comme des lâches des gens dont *le système nerveux n'a été défaillant que parce qu'il a été blessé par les émotions de la guerre.*

Il faut que désormais le médecin militaire connaisse l'existence de la « peur morbide acquise » et nous pouvons, à ce sujet, avec Voivenel, résumant ce qu'il a vu, soit comme médecin de bataillon, soit comme expert auprès du Conseil de guerre d'une division, soit comme médecin-chef d'une ambulance divisionnaire, diviser les peurs morbides acquises en :

1° Peurs où la prédisposition joue le premier rôle ;

2° Peurs dues à l'émotivité consécutive à une commotion, une contusion ou une blessure de guerre ;

3° Peurs consécutives à un état de déficience organique ;

4° Peurs morbides consécutives soit à une émotion violente, soit à la série des petites émotions renouvelées.

Rappelons que la plupart des cas de peur morbide étaient admirablement reconnus par les camarades de lutte du malade qui se sont montrés dans ces circonstances des observateurs aussi perspicaces que généreusement justes, si bien qu'à la Société de Médecine légale, Voivenel répondant à une question de Vibert pouvait dire : « Le diagnostic de peur morbide acquise est un diagnostic de caporal ».

La Société de Médecine légale et Médico-psychologique ont adopté à l'unanimité les conclusions du travail de Voivenel et nous ne saurions mieux faire que de les reproduire :

« L'observation démontre que la guerre agit sur l'émotivité de façon transitoire ou chronique, par toutes les causes d'altération de la personnalité organique, nerveuse et mentale.

« D'une part l'émotivité constitutionnelle préalable augmente l'action des altérations organiques et assombrit le pronostic des blessures et des commotions. D'autre part les altérations organiques et nerveuses, les blessures, les commotions, après leur guérison, peuvent laisser une émotivité morbide consécutive, d'une durée souvent très prolongée.

« L'émotion seule peut, enfin, créer l'émotivité, soit par sa violence, soit par sa répétition, son action étant décuplée par toute prédisposition héréditaire ou acquise.

« Fréquemment, le seul trouble mental constaté est nettement limité à la sphère affective et, dans ces cas on n'observe que des signes de poltronnerie

dont la nature pathologique doit être recherchée.

« Il y a donc lieu de faire entrer la notion de la peur morbide dans la justice militaire. S'il importe pour le salut du pays que la lâcheté soit punie implacablement, il importe non moins que la peur soit reconnue dans ses rapports avec l'émotivité morbide.

« Lorsqu'au cours de la procédure d'un délit et dans les pièces d'un dossier :

« On reconnaît, soit une hérédité vésanique, soit une hérédité nerveuse ;

« Lorsqu'on reconnaît ou soupçonne soit une débilité mentale, soit une débilité physique ;

« Si, à la suite d'une blessure, d'une commotion, d'une maladie, on constate une modification indiscutable du caractère et de l'énergie du sujet ;

« Si la même constatation s'impose soit après une crise émotionnelle violente, soit après une longue période de tenue militaire excellente *qui fait que le délit étonne les chefs et les camarades* ;

« Dans ces conditions il y a intérêt à ce que la justice militaire soit éclairée par une minutieuse expertise médico-psychologique faite par un médecin spécialiste. »

*
**

Après avoir constaté sur le soldat cet état de dépression causé par l'émotion de guerre, étudions rapidement si on peut l'en préserver, et s'il succombe, comment le guérir.

L'homme, instinctivement, fait de la prophylaxie

individuelle par des distractions adaptées à ses goûts et à ses moyens; dans la monotonie déprimante de son existence, il détourne ainsi l'ennui qui le guette, il chasse l'obsession. C'est la « manille », et la finesse des « coups » n'en est pas moins appréciée parce qu'elle se joue à côté des créneaux, sur une pile de sacs à terre; c'est l'enfantin « jeu de bouchon » qui empêche de songer à l'obus qui peut venir. Ici c'est un « virtuose » qui essaye le refrain entendu en permission sur un violon primitif de sa fabrication : une boîte à cigares, le bout d'un manche à balai, quelques fils de fer, de l'ingéniosité et beaucoup de patience, il n'en faut pas plus. Ailleurs, on confectionne des bagues d'aluminium, des coupe-papier, des encriers.....

La lecture a toujours été dans les tranchées le passe-temps favori de la majorité; enfin, pourquoi ne signalerions nous pas la correspondance si abondante souvent avec les « marraines de guerre », qui a pu détourner des hyperaffectifs de l'idée obsédante.

La mesure de prophylaxie générale la plus efficace qui ait été prise, est, sans aucun doute, la circulaire du général Pétain du 2 juin 1917, qui réglemente la question des permissions, de la nourriture et du repos.

En même temps, les cantonnements de repos sont améliorés; on y crée et on y multiplie les « foyers du soldat », les installations de douches; des coopératives s'installent; le ravitaillement laisse rarement à désirer.

Pendant leur séjour à l'arrière des lignes, les hommes ajoutent d'instinct, à la cure de repos émotionnel, une cure de désintoxication alimentaire; et c'est à qui arrivera le premier dans les fermes égarées au milieu des champs pour acheter œufs, lait, lait caillé, crèmes.....

Nous signalerons enfin le rôle particulièrement bienfaisant des permissions si justement dites « de détente ».

*
**

Lorsque cette prophylaxie individuelle ou collective est insuffisante, et qu'il se dégage des cas morbides particuliers, il nous semble tout d'abord, comme l'indique Rogues de Fursac dans son traité de psychiatrie (1917), que la première indication est de maintenir le malade aussi près que possible du front, de ne pas l'évacuer à l'intérieur : on lui évitera ainsi d'avoir à se *réadapter*, quand une fois rétabli, il reviendra aux tranchées.

Léri résume ainsi la conduite à tenir : « Mais ce qui importe surtout, c'est de savoir reconnaître d'emblée cette catégorie de sujets pour exercer *dès le début* sur eux une *influence morale* essentielle. Dès le début il importe, d'une façon absolue, de les empêcher de s'adonner, sans réaction, à la défaillance de leur propre volonté et de leur énergie, de s'annihiler eux-mêmes parce que, en toute bonne foi d'ailleurs, ils croient devoir être atones et inertes ! Rien n'est plus fâcheux pour l'évolution à venir que cette déplorable auto-suggestion des pre-

miers moments qui ont suivi le traumatisme physique ou moral. C'est de l'énergie sans rudesse, du réconfort bienveillant, sans brusquerie, mais ferme, autoritaire, tenace, convaincu et convaincant, que le soldat émotionné doit trouver en face de sa tendance toute naturelle à l'inaction, à l'aboulie et au laisser aller.

Tous les médecins de régiment instruits et avertis savent bien, et proclament avec juste raison, le rôle considérable que leur influence morale peut jouer sur la conservation des effectifs dans les moments d'action. C'est le même rôle que doit essentiellement jouer le médecin attaché au dépôt de petits blessés ou d'éclopés, que certains médecins divisionnaires avisés ont pris l'heureuse habitude de prévoir, lors des attaques, à quelques kilomètres seulement en arrière de la ligne de feu, et à distance des voies de chemin de fer. C'est encore le même rôle que, bien que plus éloigné, doit encore jouer le médecin du centre neurologique d'armée. L'influence exercée par le praticien est d'autant plus efficace qu'il se trouve plus rapproché du lieu de l'accident, qu'il est plus apte à comprendre l'état moral de l'accidenté et à lui rendre confiance en ses forces physiques et morales, et qu'il dispose plus du temps nécessaire à cette action psychothérapique.

S'il ne s'agit que de combattre des troubles émotionnels simples, même intenses, une rapide, mais immédiate et énergique emprise sur la volonté défaillante du soldat suffira d'ordinaire : la récupé-

ration sera presque instantanée dans certains cas; dans d'autres, elle ne pourra se faire pourtant que quand le sujet aura été nettement écarté de la zone dangereuse; dans nombre de cas aussi, il faut bien le savoir, les émotionnés resteront pendant des semaines de grands et très réels fatigués, incapables d'un travail un peu actif. »

Dans ces cas d'asthénie grave, qui nécessitent une évacuation dans les centres de psychiatrie d'armée ou de l'intérieur, nous considérons qu'il convient d'appliquer à ces malades le traitement du neurasthénique hypotendu, tel que le conçoit Maurice de Fleury, dans son livre : « Les grands symptômes neurasthéniques ».

CONCLUSIONS

1° L'émotion joue un rôle très important dans l'éclosion des troubles mentaux de guerre. Elle agit soit par son intensité « émotion choc » soit par sa répétition.

Dans ce dernier cas, non seulement l'action de chacune des petites émotions se surajoute, mais encore l'organisme affectif semble si bien se sensibiliser qu'on peut parler d' « *Anaphylaxie émotionnelle* ».

2° Ici encore l'hérédité est la cause des causes et la prédisposition fait le lit du trouble mental; les troubles affectifs ont pour cause prédisposante prépondérante ce que Dupré a appelé la « constitution émotive », la constitution anxieuse n'étant qu'une variété de cette dernière.

3° Emotion-choc ou petites émotions longuement renouvelées épuisent la réserve *d'énergie accumulée* dans le système nerveux, diminuent *la tension énergétique* et font essentiellement de nos malades des épuisés qui ressemblent aux neurasthéniques hypotendus de Maurice de Fleury.

4° Sur le fond d'asthénie psychique, conséquence de l'épuisement émotionnel, se développent très fréquemment des états anxieux dont l'étiologie émotionnelle semble bien évidente.

5° Asthénie simple, ou asthénie compliquée de raptus anxieux, sont à la base de bien des délits militaires : Peur morbide, fugue, abandon de poste, etc...

Le médecin militaire expert doit donc, dans certains cas, rechercher l'existence ou non de l'origine pathologique de ces délits.

6° Cette action des émotions de guerre sur le psychisme du soldat, en particulier sur son énergie et son esprit d'offensive, doit être désormais connue des chefs, la culture et la conservation de l'esprit d'offensive et de résistance des troupes étant un des points les plus délicats du commandement.

Le Président de la Thèse,

Jean LÉPINE.

Vu : LE DOYEN,

L'Assesseur,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Février 1920.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Recteur du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTO SALMON. — Etude de la psychologie générale de l'émotion. *Quaderni di psichiatria*, vol. II, 1915.
- BALLET. — Tremblements et états émotionnels, *Revue de Neurologie*, 1915.
- BOSCHI et BERNATI. — L'anaphylaxie neuro-psychique, *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1915-1916.
- BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles ; psychoses par commotion nerveuse et choc émotif, *Paris Médical*, janvier 1916.
- BROUSSAIS. — De l'irritation et de la folie, 1828.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Folies épidémiques, *Union Médicale*, février 1869.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral de l'homme, 1802.
- CYGELSTREICH. — Les conséquences mentales des émotions de guerre, *Annales Médico-psychologiques*, février-mars 1912.
- CYGELSTREICH. — La psychologie de la panique pendant la guerre, *Annales Médico-psychologiques*, avril 1916.
- CORBETTE. — *Journ. of. the. amer. Med. assoc.*, juillet 1915. Diminution de la teneur des surrénales en adrénaline sous l'influence des émotions.

- CARLO VIGNOLO LUTATI. — Sur le psoriasis dit émotif et traumatique, *Il Policlinico*, 3 décembre 1916.
- DUMAS. — Troubles nerveux et troubles mentaux de guerre.
- DUMAS et LAIGNEL LAVASTINE. — Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec les émotions, *Encéphale*, janvier 1914.
- DUMAS et MALOIZEL. — De l'expression polyglandulaire des émotions, *Société de psychologie*, 3 décembre 1910.
- DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux, 1917.
- DARWIN. — L'expression des émotions.
- DUPRÉ. — La constitution émotive, *Paris Médical*, janvier 1917.
- DUPRÉ et GRIMBERT. — La psychonévrose émotive. Emotivité constitutionnelle et acquise, *Société de Neurologie*, janvier 1917.
- DEJERINE et GAUCKLER. — Un cas de tachycardie permanente d'origine émotive, *Revue de Neurologie*, 1915.
- DEJERINE et GAUCKLER. — Les asthénies périodiques. Crises de fatigue, *Presse Médicale*, juin 1914.
- ESQUIROL. — Maladies mentales.
- FÉRÉ. — La pathologie des émotions, 1892.
- FRANCESCO DEL GRECO. — Les anxieux émotifs. *Revista italiana di neuropatologia psichiatria ed elettroterapia*, juin 1917.
- FOURCADE. — La constitution émotive, thèse de Paris, 1911.
- MAURICE DE FLEURY. — Introduction à la médecine de l'esprit.
- MAURICE DE FLEURY. — Les grands symptômes neurasthéniques.
- GILLES. — Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos, sur certains cas psychologiques

- observés sur la ligne de feu, *Annales médico-psychologiques*, avril-juillet 1916.
- GEORGET. — Causes de la folie.
- GRIESINGER. — Traité de maladies mentales.
- GIACOMO PIGHINI. — Considérations pathogéniques sur les psychonévroses émotives observées au front, *Il Policlinico*, 1^{er} juin 1917.
- HECKEL. — La névrose d'angoisse.
- HARTENBERG. — La névrose d'angoisse.
- HUOT et VOIVENEL. — Le Courage.
- HUOT et VOIVENEL. — Le Cafard.
- HUOT et VOIVENEL. — Le diagramme psychologique de la bataille, *Mercure de France*, juin 1917.
- HUOT et VOIVENEL. — L'anxiété précédant l'assaut, *Progrès Médical*, 21 juillet 1917.
- HURST. — Effets physiologiques des émotions, *British Medical Journal*, 29 septembre 1917.
- IMÉNITOFF (M^{me}). — Contribution à l'étude du rôle des émotions dans la genèse des psychoses, thèse Paris, 1917.
- JANET. — Obsessions et psychasthénie.
- JANET. — Rapport sur les problèmes psychologiques concernant l'émotion, *Société Neurol. et Psych.*, décembre 1909.
- JOLTRAIN. — Considérations sur l'action du choc émotif, *Soc. médicale des hôpitaux*, 2 mars 1917.
- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions, *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1917.
- LEGRAND DU SAULLE. — De l'état mental des habitants de Paris pendant l'année 1870-71.
- LAGRIFFE. — Anaphylaxie des maladies mentales, *Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1916.
- J. LÉPINE. — Troubles mentaux de guerre.
- J. LÉPINE. — Commotion des centres nerveux par explosion, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 4 juillet 1916,

- J. LÉPINE. — Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale, *Rev. Neurol.*, 30 septembre 1910.
- J. LÉPINE. — Réformes, incapacités, gratifications dans les psychoses, *Rapport à la Société de Neurologie*, 15 décembre 1916.
- LÉRI. — Commotions et émotions de guerre.
- LOGRE. — Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi, *Revue Neurol.*, 1916, t. II, p. 20.
- MAIRET et PIERON. — Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre, *Ac. de Méd.*, juin 1915.
- MAIRET et PIERON. — Le syndrome émotionnel, *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1917.
- MALLET. — Etats confusionnels et anxieux chez le combattant, *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1917.
- MALLET. — Etats de fatigue du combattant, *Réunion médicale de la IV^e armée*, 22 février 1917.
- MALLET. — Fugues et délires, *Ann. Méd. Psych.*, juillet 1917.
- MOREL. — Du délire émotif, *Archives générales de médecine*, 1866, t. I.
- MANAUD. — Influence du milieu et des événements de guerre sur l'état nerveux et mental des combattants, *Revue Mod. de méd. et de chirurgie*, février 1917.
- MORSELLI. — Sur les syndromes émotifs de guerre, *Rivista di patologia nervosa e mentale*, p. 329, juillet 1917.
- MOTT (F.-W.). — La neurasthénie. Troubles et incapacités causés par la peur, *Lancet*, 26 janv. 1918.
- PACTET et BONHOMME. — Deux observations de peur invincible chez des combattants, *Annales Méd. Psych.*, juillet 1917.
- PITRES et RÉGIS. — L'obsession et la rougeur, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, novemb. 1900.

- PAVLOVSKAIA. — Plusieurs observations de maladies mentales développées sous l'influence des événements sociaux, *Obozrienie Psych.*, 1907.
- PINEL. — Traité d'aliénation mentale.
- RÉGIS. — Discussion sur le rôle de l'émotion, *Rev. Neurol.*, 30 décembre 1909.
- RÉGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre, *Presse Médicale*, 27 mai 1915.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie.
- RIBOT. — Les maladies de la personnalité.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie, 1917.
- ROGUES DE FURSAC. — Un cas d'émotivité morbide chez un militaire, *Soc. de Neurol.*, 29 juillet 1915.
- RÉNON. — L'angoisse de guerre et son traitement, *Bulletin Médical*, 22 janvier 1916.
- STARLING. — Nature et traitement du shock chirurgical, *Archives médicales belges*, octobre 1918.
- SÉGLAS et BARAT. — Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales, *Journal de Psychologie*, mars-avril 1913.
- SOLLIER. — Un cas de canitie par commotion et émotion, *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de la XIV^e région*, avril 1916.
- VOIVENEL. — Sur la peur morbide acquise, *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1918.
- VOIVENEL et MALLET. — Le « coup de fouet » de la volonté, *Progrès Médical*, 18 janvier 1919.
- VINCENT. — Les réactions observées sur le champ de bataille chez un homme de constitution émotive, *Rev. Neurol.*, 1917.
- WLADYEZKO. — Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1907.
-

IMPRIMERIE V^{te} BONNET, 2, RUE ROMIGUÉRES. — TOULOUSE.

